

(様式3)

令和 年 月 日

「災害時に服用する薬」の依頼書

伊豆の国特別支援学校長 様

「災害時に使用する薬」について下記のように依頼いたします。

記

小 ・ 中 ・ 高 \_\_\_\_\_年 児童生徒氏名 \_\_\_\_\_

保護者氏名 \_\_\_\_\_

処方した医療機関・医師名

医療機関名 \_\_\_\_\_

医師名 \_\_\_\_\_

薬品名 使用目的	形状	1回の 使用量	服薬時間	留意点 保存方法 副作用など
<記入例> デパケン 抗けいれん薬	錠剤	1錠	昼食後30分以内	水で飲む 常温保存 眠くなります

\*薬剤情報提供書、薬の説明書等を、裏面に添付し提出してください。

\*処方などの変更がありましたら、担任に御連絡ください。

(別紙1)

※ 災害時の薬一日分の小袋に御使用ください。

<記入例>

○日目	
①小・中・高	1年
氏名	北条 なぎ子
服用時間	
朝	( 食 後 )
昼	( 食 後 )
夜	( 食 前 )
就寝前	
(	21:00 )
その他	
(	14:00 頃 )
注意事項など	
[ 水に溶かして飲ませ てください。 ]	

1日目	
小・中・高	年
氏名	
服用時間	
朝	( )
昼	( )
夜	( )
就寝前	
(	)
その他	
(	)
注意事項など	
[ ]	

2日目	
小・中・高	年
氏名	
服用時間	
朝	( )
昼	( )
夜	( )
就寝前	
(	)
その他	
(	)
注意事項など	
[ ]	

3日目	
小・中・高	年
氏名	
服用時間	
朝	( )
昼	( )
夜	( )
就寝前	
(	)
その他	
(	)
注意事項など	
[ ]	