

服薬依頼書（災害時の服用）

令和 年 月 日

県立北茨城特別支援学校長 殿

部 年 組 児童生徒氏名

保護者氏名

災害時等で学校待機となった場合、服薬を必要としますので、下記のとおり依頼します。

医療機関名		主治医	
病名（症状）		受診日	令和 年 月 日
依頼期間	令和 年 月 日	～ 令和 年 月 日	

薬の名前	1回の量	服薬時間	服薬方法	
				自分・教員
留意点				

【お願い】

- ・裏面に、「薬剤情報提供書」または「お薬手帳」のコピーを添付してください。
- ・持参する薬は必ず氏名を明記して、1回分ずつに分けて1日分持たせてください。
塗り薬、目薬など分包できない薬は、そのまま持たせてください。
- ・年度途中で服薬状況の変更がありましたら、担任までお知らせください。

受領日（学級担任記入）

令和 年 月 日

裏面

「薬剤情報提供書」又は「お薬手帳」のコピーを貼り付けてください。

こちらに貼り付けてください。