**様式２**

**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

**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。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　保護者氏名

**【受診状況】**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 部 | 年　　　組 | 氏　名 | |
| 医療機関名 |  | 主治医 |  |
| 診断名（症状） |  | 受診日 | 令和　　年　　月　　日 |
| **依頼期間** | **令和　　　年　　　月　　　日　　　～　　　令和　　　年　　　月　　　日** | | |

**【薬の種類・服薬方法】**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **服薬のある時間（当てはまる箇所に〇）** | | **服薬方法** | | **飲み方** |
| **内　　　服薬** | 朝食　(前・後)  昼食　(前・後)  夕食 (前・後)  寝る前  その他（　　　　　　　　）  **※主治医の指示により服用時間を変更している場合は、留意点に「主治医の指示であること」「いつ飲むか」を明記してください。** | | **□：コップ一杯の水と一緒に飲ませてください。**  ↑当てはまる場合はチェックを入れてください。  　上記以外の方法で飲ませる場合は、下のスペースにご記入ください。 | | 自 分  ・  教 員 |
| **外用薬** |  | | **部位** | **使用方法** | 自 分  ・  教 員 |
| **留意点** | | 例：主治医の指示により、バルプロ酸ナトリウムの服用を朝食前に変更しています。 | | | |

**【お願い】**

①　薬局で出される「薬剤情報提供書」等、薬の内容について詳しく書かれたもののコピーをこの裏に貼り付けてください。

②　薬は、氏名と薬名を明記し、**服用時間ごとに**１回服用分ずつまとめて、１日分持たせてください。（保健室管理）

③年度途中で服薬状況（内容や量）に変更がありましたら、その都度、下記にサインし、加除訂正をしてください。

　　変更の際は、裏面の薬剤情報提供書は、必ず新しいものを提出してください。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 入れ替えた日 | 年　月　日 | 年　月　日 | 年　月　日 | 年　月　日 | 年　月　日 |
| 保護者サイン |  |  |  |  |  |

**裏面へ**

|  |  |
| --- | --- |
| **受領日（学級担任記入）** | **令和　　年　　月　　日** |

**【即日回覧】　学級担任　→　保健室　→　部主事　→　管理職　→　保健室**

**裏面**

「薬剤情報提供書」または「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。 |