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○）	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】

- 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。
- 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）
- 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。