

服薬依頼書（災害時用）

令和 年 月 日

茨城県立協和特別支援学校長 殿

部 年 組

氏名

保護者氏名 印

（保護者氏名が署名の場合は押印不要）

上記児童・生徒の服薬について、下記のとおり実施して下さるよう依頼いたします。

Ⅰ 災害時に必要とされる薬の内容と処方

病名	病院名	受診科・医師名	飲ませ方の注意
（記入例） 結膜炎	明野眼科医院	眼科 真壁 岩男	右目に１滴。 錠剤はてんかんの薬と一緒に飲ませる。
てんかん	下館大学附属病院	小児科 岩瀬 桜子	水と一緒に飲ませる。
アトピー性皮膚炎	協和クリニック	皮膚科 大和 猛	朝食後に肘の裏に塗る。

＊服薬後に嘔吐してしまった場合 対応が必要な方は御記入ください。また、予備も持たせてください。

【服薬後、 分以内に嘔吐したら予備を飲ませる】

目安の数字を記入してください。

Ⅱ 服薬にあたっての注意

- ① 上記のⅠ「災害時に必要とされる薬の内容と処方」については薬局で出された、薬の内容、方法などが詳しく記載されたもの「薬剤情報提供書」等のコピーを添付してください。
- ② 薬は、**児童生徒名と服薬時**を明記した上で、１回ずつ小袋に分けて持たせてください。

例）

協和 花子

夕食後

☐ ☐

協和 花子

朝食後

☐

※粉薬も１回分ずつ袋に入れて、名前と服薬時を明記してください。

協和 太郎

夕食後



薬は、水に濡れたり、こぼれたりしても大丈夫なようにファスナーつきビニール袋に入れてください。

- ③ 目薬・塗り薬など分包できない場合は、容器ごとお預かりします。