|  |  |
| --- | --- |
| 小　・　中　・　高　　　　年　　　　組 | 児童生徒氏名　　　　　　　　　 |
| 　「大規模災害時に備えた服薬預かり希望調査」どちらかを〇でかこんでください。大規模災害に備えた薬の預かりを ・希望しません→服薬をしていないため　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　服薬しているが（　　　　　　　　　　　　　　）ため　　　　　　　　　　　　　　　　・希望します→下記の服薬依頼書をご記入ください。 |

大規模災害時　服薬依頼書（学校用）

茨城県立下妻特別支援学校長　殿

　大規模災害発生時で学校待機となった場合、学校での服薬が必要と医師の指示がありましたので、下記のとおり服用（使用）を依頼します。

保護者氏名

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関名： | 　主治医名： |
| 　保管方法　：　　冷蔵　　・　　　常温 | 　依頼期間　：　　大規模災害発生時 |
| １学期　記入日：令和　　　年　　　月　　　日 | 　処方日：　令和　　　年　　　月　　　日 |
| ２学期　記入日：令和　　　年　　　月　　　日 | 　処方日：　令和　　　年　　　月　　　日 |
| ３学期　記入日：令和　　　年　　　月　　　日 | 　処方日：　令和　　　年　　　月　　　日　　 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 薬の種類・服薬方法 |  | 薬名・量（錠・包・ml） | 全量 | 服薬時間 | 服用・介助方法 |
| 朝 |  |  　包 | 食前　食後その他(　時　分) |  |
| 　 錠 |
|  mL |
| 昼 |  |  包 | 食前　食後その他(　時　分) |  |
|  錠 |
|  mL |
| 夜 |  |  包 | 食前　食後その他(　時　分) |  |
|  錠 |
| mL |
| 就寝前 |  |  包 | 食前　食後その他(　時　分) |  |
|  錠 |
|  mL |
| その他(　　) |  |  |  |
| 留意点等 |  |

※「薬剤情報提供書」または、「お薬手帳」等、薬の内容について詳しく書かれたものを添付してください。

* 薬は１つずつ氏名を明記した上で、１回分ずつ袋やテープで分けて、袋にまとめて入れてください。
* 薬は毎学期末に返却いたしますので、薬の期限や名称等の確認をお願いいたします。変更等がございましたら、朱書きでご記入ください。記入日の追記もお願いいたします。
* 学期の途中で変更がありましたら、薬を一度返却いたしますので、担任へご連絡ください。