

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○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。

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	朝	薬名・量（錠・包・ml）		全量	服薬時間	服用・介助方法
				包	食前 食後	
				錠		
			mL	その他(時 分)		
			昼			包
	錠					
				mL	その他(時 分)	
			夜			
	錠					
				mL	その他(時 分)	
			就寝前			
	錠					
				mL	その他(時 分)	
			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。