

県立月ヶ岡特別支援学校見附分校長 様

## 災害・非常時の服薬に関する与薬依頼書

年 組 生徒氏名

保護者氏名 (自署)

災害等で帰宅が困難になった場合、学校において服薬が必要ですので、保護者に代わり下記のように実施して下さるよう依頼します。

## 記

\*学校記入欄

## 1 薬の内容と飲み方

服薬時刻		薬の名前	薬の形状 (色)	一回の 与薬量	薬の効用	服薬確認		
例	朝食後 7:00	デパケン	粉末 (白)	1包	抗けいれん薬			
朝						: 担当者	: 担当者	: 担当者
昼						: 担当者	: 担当者	: 担当者
夜						: 担当者	: 担当者	: 担当者
飲み方		・自分で飲む      ・口に入れると飲む ・その他 ( )			保健室	保健室	保健室	

処方を受けた医療機関名	主治医名	電話番号

## 2 その他注意事項

[ ]