**大規模災害時　服薬依頼書（学校用）**

令和　　　年　　　月　　　日

茨城県立水戸特別支援学校　殿

　下記の通り、大規模災害時（学校）に服薬が必要と医師の指示がありましたので、保護者に代わって服薬(使用)していただきたく、ご依頼申し上げます。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　保護者氏名　　　　　　　　　　　　印

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 小　・　中　・　高　　　　　　年　　　　組 | | 児童生徒氏名 |  |
| 病名（症状） |  |  |  |
| 医療機関名 |  | 主治医名 |  |
| 受　診　日 | 年　　　月　　　日 | 処方された日 | 年　　　月　　　日（　　日分） |
| **服薬依頼期間** | **災害時** | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 薬の種類  ・  服薬方法 | 内服薬 |  | 薬名・量（錠・包） | | 服薬時間 | 服薬方法  介助する部分など詳しく |
| 朝 | . | | 食前　　食後  その他（　時　分頃） |  |
| 昼 |  | | 食前　　食後  その他（　時　分頃） |  |
| 夜 |  | | 食前　　食後  その他（　時　分頃） |  |
| 就床前 |  | | 食前　　食後  その他（　時　分頃） |  |
| その他  （　　） |  | | 食前　　食後  その他（　時　分頃） |  |
| 外用薬 |  | 使用部位 | 薬　　名 | 使用時間 | 使用方法 |
| 皮膚に塗る薬 |  |  |  |  |
| 点　眼  点鼻薬 | 右・　左　・両方 |  |  |  |
| その他 |  |  |  |  |
| 留意点 | |  | | | | |

※年度当初、または必要が生じた場合にご提出ください。学期毎に返却しますので薬の期限等の確認をお願いします。

※年度途中で変更がありましたら、一度薬ごと返却しますので訂正と入れ替えをして再度提出してください。

※薬局で出される「薬の説明書」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。

※薬は氏名を明記したうえで、１回分ずつ袋に入れ、災害時用は３日分もしくは必要分を持たせてください。

※シロップ等の水薬は粉薬で処方してもらうなど常温保存できる状態でお預かりします。また、湿気に弱い薬は乾燥剤等を袋やタッパーに入れる等保管できるようにしてください。