

記入例

大規模災害時 服薬依頼書 (学校用)

記入した日

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 水戸 太郎 印

小・中・高 年 組	児童生徒氏名 水戸 次郎		
病名(症状)			
医療機関名	〇〇病院	主治医名	〇〇科 〇〇 〇〇医師
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		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	酸化マグネシウム 1錠		食前 <input checked="" type="checkbox"/> 食後 その他 (時 分頃)
昼	デパケン 1包		食前 <input checked="" type="checkbox"/> 食後 その他 (時 分頃)	服薬用のゼリーに混ぜてスプーンで飲ませる	
夜	ムコサールドライシロップ 1包		<input checked="" type="checkbox"/> 食前 食後 その他 (時 分頃)	薬を5mlの水に溶かし、胃瘻部にチューブをつないでシリンジで注入し、最後に5mlの水で流す	
就床前			食前 食後 その他 (時 分頃)		
その他 ()					
外用薬		使用部位	薬名		
	皮膚に塗る薬				
	点眼薬 点鼻薬	右・左・両方			
	その他				
留意点	<ul style="list-style-type: none"> ・薬と一緒に入っているシリンジを使う ・服薬用ゼリーとスプーンを使う 				

飲み方を具体的に記入する。
※服薬するために必要な物品(混ぜるものなども)も一緒に保管する。

※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。