様式２

# 服薬に関する依頼書（災害時用）

令和　　年　　月　　日

県立つくば特別支援学校長　殿

部門　　部　　年　　児童生徒名

保護者氏名　　（自署）

服薬が必要であるため、管理及び指導をお願いします。
なお、主治医・薬剤師からの指導・助言を受けて記入してあることを申し添えます。
服薬が必要な薬に〇をつけて、薬の説明書またはお薬手帳のコピーを添付しています。
薬は１回分ずつ小分けしたすべての袋の中に様式３（氏名・時間・どのように）を同封しています。

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ① | 病院名 | 科名 | 医師名 | 病名（症状） |
| ② | 病院名 | 科名 | 医師名 | 病名（症状） |
| ③ | 病院名 | 科名 | 医師名 | 病名（症状） |

**以下の１）～４）は、必ず御記入ください。**

１）薬と一緒に飲んではいけないもの（例）　あり（グレープフルーツジュース）
なし　・　あり　〔　　〕

２）寝ていた場合の対応　（例）あり（眼がさめたら飲ませる・起こして飲ませる）
なし　・　あり　〔　　〕

３）こぼした場合の対応　（例）あり（予備を飲ませる）
なし　・　あり　〔　　〕

４）おう吐した場合の対応（例）あり（３０分以内におう吐した時は予備を飲ませる）
なし　・　あり　〔　　〕

５）その他、飲ませ方や注意事項等などがありましたら記入して下さい。
〔　　〕