**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○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。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 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。