

度会特別支援学校長 様

### 災害時における与薬依頼書

災害時において、薬の服用(投与)が必要ですので、薬剤情報提供書を添えて3日分の薬の投与を依頼します。

令和 年 月 日

訂正：令和 年 月 日

保護者名 \_\_\_\_\_

児童生徒名			( 小 ・ 中 ・ 高 )	年
保護者連絡先	①	名前	電話番号	
	②	名前	電話番号	

服薬の時刻	薬の名前	種類(使用目的)	一回量	服用方法	薬の有効期限
朝食前・中・後					年 月 日
昼食前・中・後					年 月 日
夕食前・中・後					年 月 日
定 時 ( : )					年 月 日
定 時 ( : )					年 月 日
緊急時					年 月 日
その他		※症状等			年 月 日

病院名		電話番号	
主治医名		電話番号	
薬局名		電話番号	

**常用薬**

**緊急時薬**

**臨時薬等**

※訂正時は、赤で二重線を引き赤字でお願いします。