

学校における非常時の与薬依頼書

新潟県立月ヶ岡特別支援学校長 様

部 年 児童生徒氏名

保護者氏名

災害等で帰宅が困難になった場合、学校において与薬が必要ですので、保護者に代わり下記のように実施して下さるよう依頼します。

記

1 薬の内容と飲み方 ※使用期限のあるお薬の有無 有 ・ 無

*学校記入欄

服薬時刻		薬の名前	薬の形状 (色)	一回の 与薬量	薬の効用	服薬確認		
例	朝食後 7:00	デパケン	粉末(白)	1包	抗けいれん薬	/	/	/
朝						: 担当者	: 担当者	: 担当者
昼						: 担当者	: 担当者	: 担当者
夜						: 担当者	: 担当者	: 担当者
飲み方		・口に入れると飲む ・自分で飲む ・その他(水で溶かすゼリー使用等 くわしく記入)				保健室	保健室	保健室

処方を受けた医療機関名	主治医名	電話番号

2 その他注意事項