

災害用 服薬支援依頼書

佐賀県立金立特別支援学校長 様

記載日： 令和 年 月 日

(小・中・高)

年

児童生徒氏名

保護者氏名

上記児童生徒の学校での服薬支援を、保護者責任のもと実施して下さるよう依頼します。

なお、防災バッグに入れる薬については主治医と相談の上、決定しています。

病名・症状等	服薬支援を依頼する期間
例) てんかん発作 等	(災害時) 年度初め ～ 年度末

記入例

薬品名(用量)	朝	昼	夕	その他			
	前	後	前	後	前	後	
カルバマゼピン細粒 (500mg / 1包) ※一包化の場合、同じ欄に記載可		1				1	
散剤 点眼薬	錠剤(カプセル) 点耳薬	シロップ 点鼻薬	塗り薬 その他()	その他 (内服時・使用時の注意点等) ゼリーと一緒に飲ませてください。			
薬品名(用量)	朝	昼	夕	その他			
	前	後	前	後	前	後	
散剤 点眼薬	錠剤(カプセル) 点耳薬	シロップ 点鼻薬	塗り薬 その他()	その他 (内服時・使用時の注意点等)			
薬品名(用量)	朝	昼	夕	その他			
	前	後	前	後	前	後	
散剤 点眼薬	錠剤(カプセル) 点耳薬	シロップ 点鼻薬	塗り薬 その他()	その他 (内服時・使用時の注意点等)			
薬品名(用量)	朝	昼	夕	その他			
	前	後	前	後	前	後	
散剤 点眼薬	錠剤(カプセル) 点耳薬	シロップ 点鼻薬	塗り薬 その他()	その他 (内服時・使用時の注意点等)			
薬品名(用量)	朝	昼	夕	その他			
	前	後	前	後	前	後	
散剤 点眼薬	錠剤(カプセル) 点耳薬	シロップ 点鼻薬	塗り薬 その他()	その他 (内服時・使用時の注意点等)			
薬品名(用量)	朝	昼	夕	その他			
	前	後	前	後	前	後	
散剤 点眼薬	錠剤(カプセル) 点耳薬	シロップ 点鼻薬	塗り薬 その他()	その他 (内服時・使用時の注意点等)			
薬品名(用量)	朝	昼	夕	その他			
	前	後	前	後	前	後	
散剤 点眼薬	錠剤(カプセル) 点耳薬	シロップ 点鼻薬	塗り薬 その他()	その他 (内服時・使用時の注意点等)			
薬品名(用量)	朝	昼	夕	その他			
	前	後	前	後	前	後	
散剤 点眼薬	錠剤(カプセル) 点耳薬	シロップ 点鼻薬	塗り薬 その他()	その他 (内服時・使用時の注意点等)			
薬品名(用量)	朝	昼	夕	その他			
	前	後	前	後	前	後	
散剤 点眼薬	錠剤(カプセル) 点耳薬	シロップ 点鼻薬	塗り薬 その他()	その他 (内服時・使用時の注意点等)			

- ※災害時の服薬支援についてはご希望に添えない場合があることをご了承ください。
- ※1日分の薬を1回ずつ分けて袋に入れ、「氏名、服用時間、使用期限」等を明記してください。
- ※担任と確認後、服薬支援依頼書や「薬の説明書」のコピーとともにバッグへ入れてください。
- ※薬の変更が生じた場合は服薬支援依頼書の修正や薬の入れ替えもお願いします。
- ※常温で防災バッグに保管できるものだけにしてください。
- ※使用期限にご注意ください。
- ※取得した個人情報、服薬における支援等のために使用します。

例

