

吉川高等特別支援学校長 様

## 薬（内服薬・外用薬）に関する依頼書

平成 年 月 日

年 組 生徒氏名

保護者氏名

印

災害時に帰宅困難な場合、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願います。

### 記

主治医	病院・医院名	
	医師名	電話 ( )
病名 (又は症状)		
※該当するものに○、または明記してください		
薬の名前	何の薬か	回数と服薬量
(例)○○○○錠:0.75mg	(例)安定剤	(例)朝( 1 錠 1 包)・昼( 錠 包)
		朝( 錠 包)・昼( 錠 包) 夕( 錠 包)・眠前( 錠 包)
		朝( 錠 包)・昼( 錠 包) 夕( 錠 包)・眠前( 錠 包)
		朝( 錠 包)・昼( 錠 包) 夕( 錠 包)・眠前( 錠 包)
		朝( 錠 包)・昼( 錠 包) 夕( 錠 包)・眠前( 錠 包)
注意事項	薬剤説明書 あり・なし	

※定期的に新しい薬との交換をお願いします。

薬の内容や量に変更になった場合は、薬剤説明書を添えて交換をお願いします。