

吉川高等特別支援学校長 様

薬に関する依頼書(災害時用)

令和 年 月 日

保護者氏名(自署) _____

依頼対象者 _____ 年 組 氏名 _____

災害等で帰宅困難な場合、学校において薬を使用する必要がありますので、薬の預かり・使用の介助をお願いします。

診断名 又は症状			
	薬名	量	使用時間
朝			・食前 ・食後 ・()時
昼			・食前 ・食後 ・()時
夕			・食前 ・食後 ・()時
就寝前			()時
頓服			【使用の目安】
使用に当たっての 注意事項			
医療機関・医師名	電話 ()		

※2日分の薬をご提出ください。

※薬の説明書のコピーを添付してください。

※薬の内容、量が変更になった場合は学級担任へご連絡ください。