

与薬依頼書（災害時用）

石川県立いしかわ特別支援学校長 様

災害時、下記について与薬することを依頼します。

令和 年 月 日 保護者等氏名

(A・B) (小・中・高) 年 児童生徒氏名

(※該当するものに☑、または、必要事項を明記)

処方を受けた医療機関	病院・医院 (主治医) 電話() - () - ()										
有効期限	令和 () 年度末										
薬の内容	薬の名前	用量						効能 (何の薬か)	形状	色	
		朝	昼	夕	寝前	他	食前 食後				
	①						食前 食後	<input type="checkbox"/> 抗てんかん薬 <input type="checkbox"/> ぜんそく薬 <input type="checkbox"/> アレルギー薬 <input type="checkbox"/> かぜ薬 <input type="checkbox"/> その他の薬 ()	<input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 粉 <input type="checkbox"/> 錠 <input type="checkbox"/> カプセル <input type="checkbox"/> クリーム <input type="checkbox"/> ()		
	②						食前 食後	<input type="checkbox"/> 抗てんかん薬 <input type="checkbox"/> ぜんそく薬 <input type="checkbox"/> アレルギー薬 <input type="checkbox"/> かぜ薬 <input type="checkbox"/> その他の薬 ()	<input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 粉 <input type="checkbox"/> 錠 <input type="checkbox"/> カプセル <input type="checkbox"/> クリーム <input type="checkbox"/> ()		
	③						食前 食後	<input type="checkbox"/> 抗てんかん薬 <input type="checkbox"/> ぜんそく薬 <input type="checkbox"/> アレルギー薬 <input type="checkbox"/> かぜ薬 <input type="checkbox"/> その他の薬 ()	<input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 粉 <input type="checkbox"/> 錠 <input type="checkbox"/> カプセル <input type="checkbox"/> クリーム <input type="checkbox"/> ()		
	④						食前 食後	<input type="checkbox"/> 抗てんかん薬 <input type="checkbox"/> ぜんそく薬 <input type="checkbox"/> アレルギー薬 <input type="checkbox"/> かぜ薬 <input type="checkbox"/> その他の薬 ()	<input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 粉 <input type="checkbox"/> 錠 <input type="checkbox"/> カプセル <input type="checkbox"/> クリーム <input type="checkbox"/> ()		
	⑤						食前 食後	<input type="checkbox"/> 抗てんかん薬 <input type="checkbox"/> ぜんそく薬 <input type="checkbox"/> アレルギー薬 <input type="checkbox"/> かぜ薬 <input type="checkbox"/> その他の薬 ()	<input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 粉 <input type="checkbox"/> 錠 <input type="checkbox"/> カプセル <input type="checkbox"/> クリーム <input type="checkbox"/> ()		
⑥						食前 食後	<input type="checkbox"/> 抗てんかん薬 <input type="checkbox"/> ぜんそく薬 <input type="checkbox"/> アレルギー薬 <input type="checkbox"/> かぜ薬 <input type="checkbox"/> その他の薬 ()	<input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 粉 <input type="checkbox"/> 錠 <input type="checkbox"/> カプセル <input type="checkbox"/> クリーム <input type="checkbox"/> ()			
与薬方法及び注意事項	<input type="checkbox"/> 少量の水に溶かして飲ませる【 】 <input type="checkbox"/> ()と混ぜて飲ませる【 】 <input type="checkbox"/> そのまま口に入れて水分を飲ませる【 】 <input type="checkbox"/> 自分で飲むため、確認が必要【 】 <input type="checkbox"/> 必ず水で服用【 】 <input type="checkbox"/> スプーン、スポイドで飲ませる【 】 <input type="checkbox"/> 経管から与薬する (白湯 m lで溶く) 【 】 <input type="checkbox"/> その他 (具体的に)										
外用薬の使用法											
保存方法	<input type="checkbox"/> 室温 <input type="checkbox"/> 冷蔵庫 <input type="checkbox"/> その他 ()										
夏期休業時	・上記の内容と (変更なし ・ 変更あり)										
冬季休業時	・上記の内容と (変更なし ・ 変更あり)										

<その他注意事項>

※ 記載内容に変更があった場合、学校（担任）まで連絡いただき、与薬依頼書の訂正をお願いします。

※ 薬剤情報提供書（薬の説明書等）を依頼書と一緒に提出してください。