

—災害時 服薬依頼書—

災害時において、定期薬の服用が必要なので依頼します。

このことについては、主治医に確認済みです。

投薬内容に変更があった場合は、再度「災害時 服薬依頼書」を提出いたします。

なお、下記に連絡が取れない場合は『緊急』という判断で薬の投薬をお願いします。

平成 年 月 日 保護者名 印

特別支援学校 聖母の家学園の児童・生徒です。

私には下記のような障がいがあり服薬が必要ですので、適切な支援をお願いします。

ふりがな 名前	生年月日 平成 年 月 日	顔写真 (写真が必要と思われる方は添付して下さい)	
住所			
既往歴:障がい名			
緊急連絡先・名前	連絡先	住所	* 本人と同じ場合は不要
(続柄:)			
(続柄:)			

* 災害時(緊急時)に以下の薬を飲ませて下さい。

いつ	薬品名	効能	飲ませ方	気を付けて欲しい事
朝食 (前 後)				
昼食 (前 後)				
夕食 (前 後)				
眠前 その他 ()				
病院名				
主治医				

てんかん発作の有無(無 有) 坐薬の使用 (無 有) 発作時の対応
アレルギー (無 有) アレルギー: 症状: 対応: その他

