

令和 年 月 日

群馬県立伊勢崎高等特別支援学校長 様

## 災害時 与薬介助依頼書

年 組 生徒氏名

保護者氏名 印

主治医からの処方箋による薬について、学校管理下における災害時の職員による介助を依頼します。

1. 診断名 \_\_\_\_\_

2. 与薬品名・量

| 与薬品名<br>(性状) | 1回量 |   |   |      | 与薬時間               |
|--------------|-----|---|---|------|--------------------|
|              | 朝   | 昼 | 夕 | 他( ) |                    |
| (粉錠剤その他)     |     |   |   |      | 食前 食後 食間<br>その他( ) |
| (粉錠剤その他)     |     |   |   |      | 食前 食後 食間<br>その他( ) |
| (粉錠剤その他)     |     |   |   |      | 食前 食後 食間<br>その他( ) |
| (粉錠剤その他)     |     |   |   |      | 食前 食後 食間<br>その他( ) |

3. 医療機関名 \_\_\_\_\_ 主治医名 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_

4. 与薬の際の注意事項

※ **薬の説明書のコピーも一緒に、**提出してください。医師の指示書の代替えとします。