

## 薬の使用依頼書（災害時）

（宛先）

埼玉県立騎西特別支援学校長  
（北本分校）

災害時において、医師の指示により薬の服用の必要がありますので、薬の使用の介助をお願いします。

令和 年 月 日

年 組 生徒氏名  
保護者氏名

処方された医療機関 医師名	医療機関名  TEL  医師名			
	薬品名	形状	量	時間
朝	( )	粉・錠・液・他 ( )		食前・食後・( ) 時
	( )	粉・錠・液・他 ( )		食前・食後・( ) 時
	( )	粉・錠・液・他 ( )		食前・食後・( ) 時
	( )	粉・錠・液・他 ( )		食前・食後・( ) 時
昼	( )	粉・錠・液・他 ( )		食前・食後・( ) 時
	( )	粉・錠・液・他 ( )		食前・食後・( ) 時
	( )	粉・錠・液・他 ( )		食前・食後・( ) 時
	( )	粉・錠・液・他 ( )		食前・食後・( ) 時
夕	( )	粉・錠・液・他 ( )		食前・食後・( ) 時
	( )	粉・錠・液・他 ( )		食前・食後・( ) 時
	( )	粉・錠・液・他 ( )		食前・食後・( ) 時
	( )	粉・錠・液・他 ( )		食前・食後・( ) 時
就寝前	( )	粉・錠・液・他 ( )		
	( )	粉・錠・液・他 ( )		
	( )	粉・錠・液・他 ( )		
その他				
その他注意事項	服用方法、服用にあたって注意することがあればお知らせください。			

※病院や薬局で出される「薬の説明書」のコピーを添付してください。

服薬日		月 日	月 日	月 日
確認者 サイン	朝			
	昼			
	夕			
	その他			