

災害時における服薬について

学校での活動中に災害が発生し、学校に留まることを余儀なくされた場合を想定して、定時にお薬を服用している児童生徒について、下記の内容のとおりお薬をお預かりすることができます。

全校の皆様へ配布致しますが、必要のない場合は、未記入のまま御返却ください。

また、薬の変更等があった際には、速やかにお知らせください。

つきましては、御理解と御協力をお願いします。

< 確認内容 >

* 依頼書（封筒）に、必要事項を詳しく御記入ください。

* 災害時は混乱が予想されます。安全を考慮しまして、欠かすことができないお薬（毎日定時に服用しているお薬のみ）に限りお預かりします。

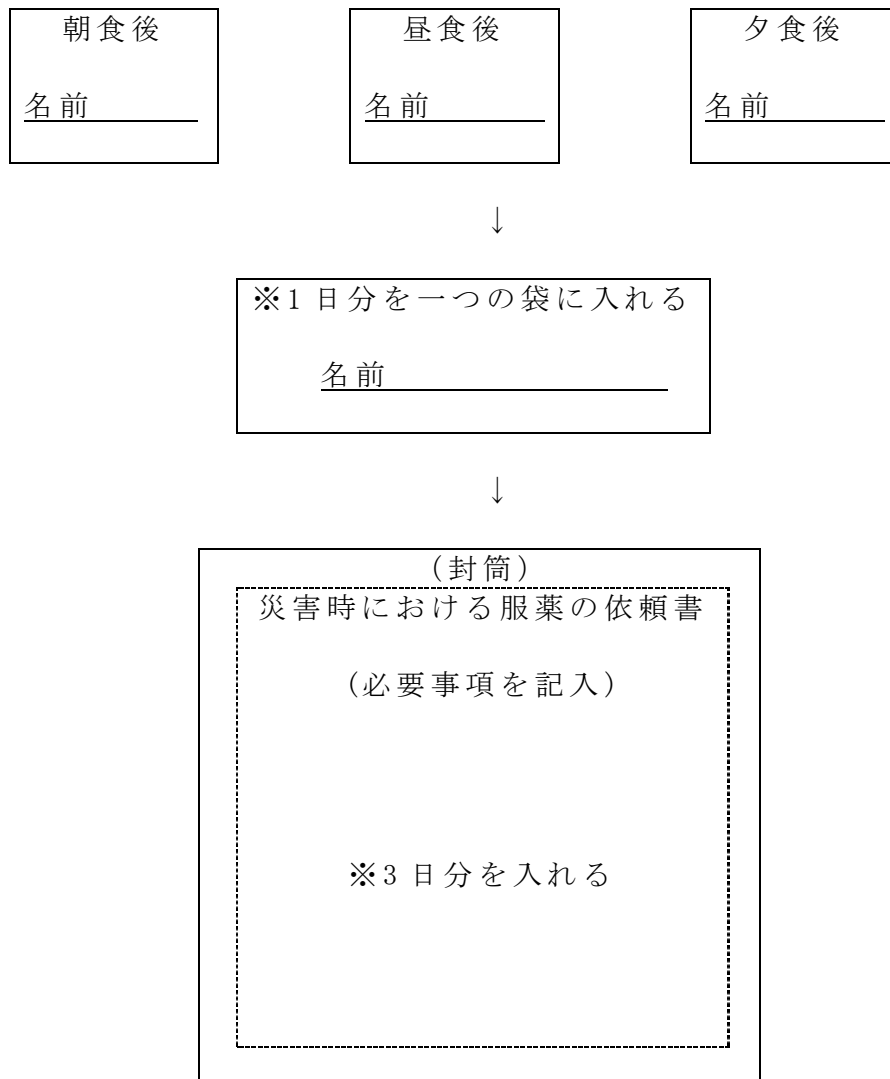
* 3日分を御用意ください。

（1日分でも構いません。）

* 「お薬の説明書」の写しを必ず添付してください。

【 パッケージの方法 】

下図のようにパッケージしてください。



様式 6

災害時における服薬の依頼書

千葉大学教育学部附属特別支援学校長 様

千葉大学教育学部附属特別支援学校
小 中 高 年

児童生徒氏名 _____

保護者氏名 _____ 印

学校において災害等が生じた場合に備えて、下記のとおり、薬の保管と、必要な場合には服薬の支援をお願いいたします。

記入年月日 年 月 日

	いつ	何の薬 (薬名)	種類(形態)	量	保存期間
例	食後	抗けいれん剤 (デパケン)	粉末・白	1包	1年
朝					
昼					
夕					
就寝前					
どのように	例)自分で飲む。口に入れてあげる。等				
注意事項					
医療機関名					

【 服薬チェック欄 】 (※服薬介助者サイン)

	朝	昼	夕	就寝前	備考
月 日					
月 日					
月 日					