

## 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 |   |   |   |     |    |

# 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薬をお預かりすることができます。

必要のない場合は、未記入のままご返却ください。

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。

ご理解とご協力をお願いいたします。

## < 確認内容 >

\* 依頼書（封筒）に、必要事項を詳しくご記入ください。

\* 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薬（毎日定時に服用している薬のみ）に限りお預かりします。

\* 最大で3日分をご用意ください。

（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。

