（別紙２）

令和　　　年　　　月　　　日

徳島県立徳島視覚支援学校長　殿

保護者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　印

令和５年度 災害時における与薬等実施依頼書

次に示す災害時の与薬等の実施を依頼したく、薬の処方箋等の写しを添えて、申請いたします。

　　　　　　　部 　　　　　　年（組） 幼児児童生徒氏名

１．服薬（飲み薬等）について

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 服用時間 | 薬剤名 | 留意事項（薬の服用方法等） |
| (例)レ朝 | ○○ﾄﾞﾗｲｼﾛｯﾌﾟ 1包 | スプーン半量の水に粉薬を入れて一口で飲ませる。 |
| □朝 |  |  |
| □昼 |  |  |
| □夕 |  |  |
| □その他( 　　　)時 |  |  |

２．服薬以外の実施内容（点眼・貼り薬・吸引・吸入・注入・坐薬の挿入等）について

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 実施時間 | 実施内容名 | 具体的内容及び範囲、薬剤名 | 留意事項（実施条件等） |
| □朝 |  |  |  |
| □昼 |  |  |  |
| □夕 |  |  |  |
| □その他(　 　　)時 |  |  |  |

令和　　　年　　　月　　　日

主治医の確認

　※上記についてご確認後、自筆でサインをお願いいたします。