

# 災害時・緊急時用

## 与薬依頼書

年 月 日

山梨県立特別支援学校うぐいすの杜学園 校長殿

学部 年 児童生徒氏名

担当者  
保護者氏名

印

### 《医薬品の取り扱いについてのお願い》

1. 医師が処方した薬に限ります。
2. 緊急時用として坐薬・吸入薬・頓服薬・塗り薬等を預かります。（お預かりした医薬品は学校で保管し、各学期末に一度返却します。）
3. 災害時用として、希望があれば日常的に使用している医薬品を3日分預かります。
4. 医薬品は1回分ずつ袋に入れて、いつ使用するか分かるようにし、全ての薬の小袋や容器に名前を書いて下さい。

次のとおり、使用の介助・確認を依頼します。

処方した医療機関名	TEL
病名または症状	
保管方法	常温      冷蔵庫      その他（      ）

医薬品名 (例:ハイレニン)	1回の量 (例: 〇mg、1包)	時間 (例: 夕食後)	効能・副作用 (例: けいれん予防・ねむくなる)

薬の使用方法 (例: ごく少量の水で溶き、スプーンで飲む)

\* 医薬品情報は、薬局から発行される薬剤情報提供書がある場合はそのコピーの添付でかまいません。

\* 発作時等の座薬挿入の介助については、別紙「医師の指示書」も提出してください。