

【災害時用】お薬の準備について

○ ご提出いただく物

①(災害時用)薬の使用使用依頼書(緑色の紙)

〔災害時用〕 薬の使用依頼書。

小・中・高 年

上記の者は、病名【 】のため薬の使用が必要なので、災害時において主治医の指示によりに

使用する薬（該当するものを○で囲む） 【 飲み薬 点眼薬 点鼻薬 点耳薬 ぬり薬 その他（ ） 】

1 薬品の使用方法について（間違いを修正するため、できるだけ詳しくご記入ください。）

薬品名	服用時間	使用量	
朝 昼 夜 就寝前 その他（ ）	〆	〆	
朝 昼 夜 就寝前 その他（ ）	〆	〆	
朝 昼 夜 就寝前 その他（ ）	〆	〆	
朝 昼 夜 就寝前 その他（ ）	〆	〆	
朝 昼 夜 就寝前 その他（ ）	〆	〆	常温
朝 昼 夜 就寝前 その他（ ）	〆	〆	常温/冷蔵
朝 昼 夜 就寝前 その他（ ）	〆	〆	常温/冷蔵/遮光 その他（ ）

2 注意点について（こちらも、できるだけ詳しくご記入ください。）

3 薬の服用書のコピーを添付します。

令和 年 月 日 保護者氏名

【裏面もご覧ください】

学校 HP に記載した
記入例を参考にご記
入ください。

②薬の説明書のコピー

おくすりの説明^{a)}

美濃 太郎 様^{a)}

今回お達したお薬は次の通りです。^{a)}

a)	カルボシステイン錠 500 mg ^{a)}	効能	効果	用法	効能
		分1 毎食後服用 / 1日3錠/28日分	a)	b)	c)
		痰や鼻汁を体外へ排出しやすくすることで気管支の炎症や喘息、慢性副鼻腔炎などによる症状を和らげる薬です。 ^{a)}			
	a)	b)			

a)	モンテルカスト錠 10 mg ^{a)}	効能	効果	用法	効能
		分1 毎食後服用 / 1日1錠/28日分	a)	b)	c)
		気管支喘息を治療するお薬です。 ^{a)}			
	a)	b)			

a)	レルベア 200 エリブタ 30吸入用 ^{a)}	効能	効果	用法	効能
		分1 1錠2人(小/大)キット/1週間	a)	b)	c)
		気管支の狭張やカインを抑えて呼吸を楽にするとともに、炎症やアレルギーを抑え、気管支喘息を治療、予防するお薬です。 ^{a)}			
	a)	b)			

+ +

【医療機関】
 ○○病院
 〒○○○
 電話番号：◆◆ FAX：□□
 医師：△△ △△

【薬局】
 ○○○薬局
 〒○○○
 電話番号：◆◆ FAX：□□
 薬剤師：▲▲ ▲▲

発行日が1年以内の
説明書を願いたい
します。

③お薬**2日分**（1日分＋予備）

美浦 太郎
朝食後

美浦 太郎
朝食後

美浦 太郎
夕食後

美浦 太郎
夕食後

美浦 太郎
災害時の薬

お薬は1回分ずつに分け、氏名と服薬時間
(日付、朝・昼・夜、食前・食後)を明記してください。

お薬は1回分ずつに
分け、**氏名**と**服薬時間**
(日付、朝・昼・夜、
食前・食後)を明記
してください。

- ・液薬については、なるべくドライシロップ等の粉薬、錠剤への剤形変更をお願いいたします。剤形変更ができないお薬の場合には、かならず事前にご連絡くださいますようお願いいたします。
- ・市販薬は原則お預かりできません。
- ・点眼薬、点鼻薬、軟膏などにつきましても氏名をご記入ください
- ・災害時は水のご用意しかできないと思われます。水以外のもので服薬している場合は服薬ゼリーなどを一緒に持たせてください。

【日中服薬用】お薬の提出方法について

風邪薬やアレルギーの薬など、学校にいる間にお薬を服用する場合には、必要になったタイミングで以下の物をご用意いただき、学校にご提出ください。

○ ご提出いただく物

① (定期用・臨時用) 薬の使用依頼書(白色の紙)

申請書の方を〇で囲む (定期用 ・ 臨時用) 薬の使用依頼書

茨城県立美浦特別支援学校長 殿

小・中・高 年 組 氏名

上記の者は、病名【 】のため薬の使用が必要なため、学校において主治医の指示どおりにしていただくようご依頼いたします。

使用する薬(該当するものを〇で囲む) [飲み薬 点眼薬 点鼻薬 点耳薬 ぬり薬 その他 ()]

1. 薬品の使用について (間違いを防ぐため、できるだけ詳しくご記入ください)

薬品名	使用回数	使用量	使用法	保存方法
			常温 冷蔵 遮光 その他 ()	
			常温 冷蔵 遮光 その他 ()	
			常温 冷蔵 遮光 その他 ()	
			常温 冷蔵 遮光 その他 ()	
			常温 冷蔵 遮光 その他 ()	

2. 注意点について (こちらも、できるだけ詳しくご記入ください)

3. 薬の説明書のコピーを添えて提出してください。

(定期服薬の方) 薬がこぼれてしまった場合や持参忘れがあった場合には、 → はい・いいえ

※ 緊急時としてお預かりしている薬の種類や量と現在服用している薬の種類や量に違いがある場合には、速に連絡をお願いします。

※ 保護者様からご提出いただく薬は、必ずしも、お預かりしている薬の種類や量と一致するものではありません。

※ 緊急時用の薬を使用した場合には、速に連絡をお願いします。

令和 年 月 日 保護者氏名

【裏面もご覧ください】

学校 HP 上から
ダウンロード
できます。

③ お薬 1 日分 (数日分まとめてのお預かりはできません)



点眼薬や点鼻薬などは必ず
使用時間、使用量などを依頼
書にご記入ください。
なお、衛生面上の観点から開
封済みの点眼薬・点鼻薬につ
いてはいつ開封したものか
をご連絡ください。

② 薬の説明書のコピー

おくすりの説明

美浦 太郎 様

今回お渡ししたお薬は次の通りです。

カルボシステイン錠 500 mg	処方	用法	用量	回数	剤数
1 日 3 回 1 錠 / 日 3 回 1 錠					
痰や鼻汁を体外へ排出しやすくすることで気管支の炎症や喘息、慢性副鼻腔炎などによる症状を和らげる薬です。					
モンテルカスト錠 10 mg	処方	用法	用量	回数	剤数
1 日 1 錠 1 錠 / 日 1 錠 1 錠					
気管支喘息を治療するお薬です。					
レルベア 200 エリブタ 30 吸入用	処方	用法	用量	回数	剤数
1 日 2 回 2 吸入 / 日 2 回 2 吸入					
気管支の緊張やケレンを抑えて呼吸を楽にするともに、炎症やアレルギーを抑え、気管支喘息を治療、予防するお薬です。					

【添付書類】
〇〇病院
〒〇〇〇
電話番号：◆◆ FAX：□□
医師：△△ △△

【薬名】
〇〇〇薬局
〒〇〇〇
電話番号：◆◆ FAX：□□
薬剤師：▲▲ ▲▲

- ・市販薬は原則お預かりできません。
- ・頓服薬(痛み止めなど)については条件がございます。服用を希望される際には学校にご連絡ください。なお、服薬する場合には必ず直前に保護者確認が必要となります。
- ・服薬した空袋はご家庭に返却します。
- ・点眼薬や軟膏などに関しても毎日ご家庭に持ち帰りとなります。