

服薬補助依頼書（災害避難時）

Formulario de Solicitud de Asistencia con Medicamentos (en casos de evacuación) SP

愛知県立にしお特別支援学校長 殿

B U 部 N E M 年 J I D O U S E I T O S H I M E I 児童生徒氏名

※新年度の部・学年を記入してください。

H O G O S Y A N A M A E
 保護者氏名

El niño mencionado arriba debe tomar sus medicamentos con regularidad, así que siga las instrucciones a continuación y solicite al personal de la escuela que lo ayude a tomar sus medicamentos en caso de una evacuación por desastre.

	mañana	Almuerzo	noche	Antes de dormir
Nombre del medicamento. Forma y cantidad				
horario	Antes · Despues (de comer) A cualquiera tiempo	Antes · Despues (de comer) A cualquiera tiempo	Antes · Despues (de comer) A cualquiera tiempo	Horario (:)
cuidado (Cómo tomar medicamento s)				

- ※ No es necesario completar el nombre, forma y cantidad del medicamento si adjunta el formulario "Receta de Medicina" que puedes obtener en la farmacia.
- ※ Por favor escriba el nombre del estudiante, el nombre del medicamento y la hora a la que debe tomar el medicamento.
En cada bolsa de medicamentos.
- ※ Complete la tabla anterior "cómo tomar medicamentos" sobre el método de asistencia.
medicación (beber con agua, mezclar con la comida, postura, etc.) y otros cuidados.
- ※ Consulte con su médico para conocer otras precauciones al tomar el medicamento.

Data de cambio do medicamento A N O 令和 () 年 () MÊS 月 () DIA 日

令和 () 年 () 月 () 日

令和 () 年 () 月 () 日