

# 服薬補助依頼書（災害避難時）

Formulário de Solicitação de Assistência à Medicação (evacuacao) PT

愛知県立にしお特別支援学校長 殿

B U 部      NEM 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   S H I E M I  
 保護者氏名

A criança acima são obrigada a tomar sua medicação regularmente, portanto, siga as instruções abaixo e peça à equipe da escola para ajudá-lo a tomar sua medicação no caso de uma evacuação de desastre.

	manhã	almoço	noite	Antes de dormir
Nome do medicamento. Forma e quantidade				
horário	Antes・Depois (Refeição) A qualquer momento	Antes・Depois (Refeição) A qualquer momento	Antes・Depois (Refeição) A qualquer momento	Horário (   :   )
cuidados (Como tomar medicação)				

- ※ **Não precisa preencher o nome, forma e quantidade do medicamento se anexar a "Prescrição de Medicamento" que pode obter na farmácia.**
- ※ **Favor, escreva o nome do aluno, nome do medicamento, e o horário que deve ser medicado**  
Em cada saco de medicamento.
- ※ **Favor, preencha no quadro a cima “como tomar a medicação” sobre o método de assistência medicamentosa (beber com água, misturar com alimentos, postura, etc.) e outros cuidados.**
- ※ **Verifique com o médico se há outros cuidados ao tomar o remédio.**

Data de troca  
do medicamento

<small>A N O</small>	令和 (   ) 年 (   )	<small>MÊS</small>	月 (   )	<small>DIA</small>	日
	令和 (   ) 年 (   )		月 (   )		日
	令和 (   ) 年 (   )		月 (   )		日