

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

部 年 児童生徒氏名
※新年度の部・学年を記入してください。

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) Horário(:)	Antes・Depois (Refeição) Horário(:)	Antes・Depois (Refeição) Horário(:)	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 令和 () 年 () 月 () 日
令和 () 年 () 月 () 日
令和 () 年 () 月 () 日