

投薬依頼書

一般社団法人 一勉一步の会
こどもサポート・ポプリ 宛

医師との相談結果、医師の指示により事業所での療育時間に、投薬が必要になりました。
つきましては、保護者の責任において、投薬を依頼致します。

依頼日： 令和 年 月 日

児童氏名		保護者氏名			
(生年月日： 年 月 日)					
病院名		主治医名			
TEL (- -)					
投薬期間	令和 年 月 日 () ~ 令和 年 月 日 ()				
薬の種類	量	投薬時間		注意事項	
飲み薬	() 包	食前・食後・午睡後・その他 ()			
	() ml	食前・食後・午睡後・その他 ()			
塗り薬	() 種類	食前・食後・午睡後・その他 ()			
点眼	() 本	食前・食後・午睡後・その他 ()			
座薬	()	食前・食後・午睡後・その他 ()			
その他	()	食前・食後・午睡後・その他 ()			
緊急連絡先	母職場・父職場・母携帯・父携帯・その他 ()				
	電話番号：				
投薬日	受領者	投薬者	投薬時間	その他	保護者 確認捺印欄
月 日 ()					
月 日 ()					
月 日 ()					
月 日 ()					
月 日 ()					
月 日 ()					

- 薬の種類ごとにこの用紙が必要となります。
- 毎日、必ず投薬がされたかを確認し、「保護者確認捺印欄」にサインをお願い致します。
- 「投薬依頼書」は、投薬機関が終了または変更されるまで、薬袋に「処方箋」と一緒に入れ、サービス提供者に手渡しで渡すようにして下さい。