

# 長期投薬依頼書

年 月 日 記入

児童発達支援・放課後等デイサービス

FURAN \_\_\_\_\_ 教室 宛

児童名 \_\_\_\_\_

保護者署名 \_\_\_\_\_

投薬期間	年 月 日～ 年 月 日 ※最長1ヵ月
薬名	
投薬時間	(午前・午後) 時 分 又は(昼食・おやつ)の (分前・分後) その他( )
薬の種類	粉・シロップ・外用薬・その他( )
分量	1回あたり _____
症状について	病名( ) 特記事項 ( )
薬剤情報提供書	あり・なし ※なしの場合、医師の署名を必ずもらってください。
担当医	病院名( ) 電話番号( - ) 医師名( ) ※薬剤情報提供書がない場合、医師の署名をもらってください。(初回のみ)  署名 _____

## 投薬についての約束事項

医師に朝夕の2回での服用を依頼したが、日中の服用が必要な薬であると言われた。

投薬による責任は保護者様にあることを理解している。

医療機関からの処方薬であることを理解している。

(保護者様判断で持参した薬、市販薬は対応できません)

薬は袋に名前を書いて、この用紙を毎回一緒に同封する事とします。

(※この用紙が同封されていない場合、投薬はお断りする場合がございます。)

上記内容に変更(症状や薬等)がある場合や1ヵ月を超える場合は再度記入し、提出して下さい。