

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

シュエット _____ 教室 宛

児童名 _____

保護者署名 _____

投薬日	年 月 日
薬名	
投薬時間	(午前 ・ 午後) 時 分 又は (昼食 ・ おやつ) の (分前 ・ 分後)
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 () 熱 (°C) 咳 (有 ・ 無 ・ 時々有) 食欲 (有 ・ 無) 機嫌 (良 ・ 不良 ・ 通常時と変化なし) 便の状態 (普通 ・ 軟らかい ・ 下痢) その他 ()
薬剤情報提供書	あり ・ なし ※ありの場合、コピーを添付ください
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)

1回分の袋に名前を書いて、この用紙を投薬日に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、投薬はできません。)

上記内容に変更(症状や薬等)がある場合は再度記入し、提出をするものとします。