

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

シュエット _____ 教室 宛

児童名 _____

保護者署名 _____

投薬期間	年 月 日～ 年 月 日 ※最長 1 ヶ月
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下さい。
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 ヶ月を超える場合は再度記入し、提出して下さい。