

# 投薬依頼書

保護者名 \_\_\_\_\_ は 児童名 \_\_\_\_\_ のサポートを  
サポーター名 \_\_\_\_\_ に委託するにあたり投薬について下記の通り  
依頼します。

年 月 日 (署名または印) \_\_\_\_\_

|                        |  |
|------------------------|--|
| 薬を飲ませる日                | 年 月 日  |
| 病名または症状                |  |
| 処方された病院<br>医師名<br>電話番号 | TEL  |
| 処方された日                 | 年 月 日  |
| 薬の種類と名称<br>保管方法        | <input type="checkbox"/> 内服薬 <input type="checkbox"/> 外用薬<br>(<br>保管方法 <input type="checkbox"/> 室内 <input type="checkbox"/> 冷蔵庫 <input type="checkbox"/> その他 )   |
| 内服薬                    | 時間 <input type="checkbox"/> 食前 <input type="checkbox"/> 食後 <input type="checkbox"/> その他 ( )<br>一回量 <input type="checkbox"/> 包 <input type="checkbox"/> 錠 <input type="checkbox"/> 目盛り<br>方法 <input type="checkbox"/> そのまま <input type="checkbox"/> 水で溶く <input type="checkbox"/> その他 ( ) |
| 外用薬                    | 種類 <input type="checkbox"/> 塗り薬 <input type="checkbox"/> 点眼薬 <input type="checkbox"/> その他 ( )<br>時間 1日 回 ( 時 / 時 / 時 )<br>患部 ( )   |
| 注意事項                   |  |

※処方箋など、処方内容が明記されているものと一緒にサポーターにお渡しください。

※医師が処方した薬以外の薬（市販薬など）はお預かりできません。

※薬が複数の場合は、薬ごとに投薬依頼書のご記入をお願いします。

----- ✂ キリトリ線 -----

▼以下サポーターが記入し、サポート終了後に親御様にご報告します。

|  |                     |
|--|---------------------|
| <input type="checkbox"/> 投薬依頼書に記載の薬と受け取った薬は間違いありません<br><input type="checkbox"/> 薬の容器や袋にお子さまの氏名が記入されています<br><input type="checkbox"/> 処方の日付は間違いありません ( 年 月 日 ) |                     |
| 薬の名称   |                     |
| 投薬時間   | ( 時 分 / 時 分 / 時 分 ) |
| お子さまの様子  |                     |