

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 医師名 電話番号	TEL
処方された日	年 月 日
薬の種類と名称 保管方法	<input type="checkbox"/> 内服薬 <input type="checkbox"/> 外用薬 (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 () 一回量 <input type="checkbox"/> 包 <input type="checkbox"/> 錠 <input type="checkbox"/> 目盛り 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 () 時間 1日 回 (時 / 時 / 時) 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 <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 <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	