

くすりの依頼書

下記の通り、私に代わり投薬をお願いします。
 なお、この投薬により、何か異常な事態が生じても施設への責任は問いません。

依頼先	託児施設さくらの風 宛				
依頼者	保護者氏名	印	〔連絡先〕電話		
	氏 名	男・女	歳	ヶ月	
主治医	氏名		電話：		
	(病院・医院)		FAX：		
病名又は症状					
薬剤名 〔粉薬・水薬〕	1.	抗生物質名	1.		
	2.	軟膏〔部位〕 点眼薬 〔右・左〕	1. 2.		
投与日	年	月	日	夕食後・その他()	
家庭での内服方法					
外用薬の使用方法					
その他の注意事項	薬剤情報提供書 有・無				
託児施設さくらの風	受領者サイン		投与者サイン		
	投与時間	月	日	午後・午前	時 分

～持参する薬について～

- ※使用する薬は、1回分だけご用意ください
- ※薬(袋・容器)には、氏名を忘れずに書いてください。
- ※解熱剤(飲み薬・座薬)や市販の薬は、扱いません。
- ※依頼書は、薬と一緒に渡してください。依頼書がない場合は、投与できません。
- ※記載済みの依頼書は施設で保管させていただきます。
- ※次回はかかりつけ医の医師に相談し、ご家庭での薬にご協力をお願いします。