投 薬 依 頼 書

クリスマス・フォレスト施設長殿

次の児童は、医師との相談の結果、指示によりやむを得ずショートステイ期間利用中における投薬が必要になりました。

つきましては、保護者の責任において、クリスマス・フォレストでの投薬を下記により行って頂きたく依頼します。下記依頼書に記入のうえ、**薬剤情報提供書等**を添えて、利用中の**必要回数分**を担当者にお渡しください。

投薬（内服薬・外用薬）依頼書

年　　月　　日

クリスマス・フォレスト施設長　殿

児童名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

保護者名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

医師の診断を受けたところ、下記のとおり指示がありましたのでお願いいたします。

病院名		TEL	
薬局名		TEL	
病名又は症状			
使用期間	年　月　日～　年　月　日 食前　・　食後　・　食間　**（1 日　回・　日分）**		
薬の内容	抗生剤　整腸剤　咳止め 外用薬（　点眼　軟膏　）（軟膏塗布部位：　） その他（　）		
１回の量	粉薬（　包）　水薬（　ｃｃ） 錠剤（　錠）　その他（　）		
その他 注意事項	（お家での飲ませ方等ありましたら、お知らせ下さい。　・　特になし　）		

〇以下、職員記入欄

受領日	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／
受領者												
投与日	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／
投与時刻	：	：	：	：	：	：	：	：	：	：	：	：
投与者												

受領日	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／
受領者												
投与日	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／
投与時刻	：	：	：	：	：	：	：	：	：	：	：	：
投与者												

受領日	／	／	／	／
受領者				
投与日	／	／	／	／
投与時刻	：	：	：	：
投与者				