

投藥依頼書

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いと依頼します。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（ c c ） 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 ）		

○以下、職員記入欄

[illegible]

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				