

|                                                               |                                                                                                                        |                                   |   |
|---------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|---|
| 投薬依頼書                                                         |                                                                                                                        | 令和      年      月      日    (    ) |   |
|                                                               |                                                                                                                        | 児童発達支援センターもも                      |   |
| 医師の指示通りに家庭での投薬を実施することができないため、当センターに依頼します。また、投薬に関する責任は保護者とします。 |                                                                                                                        | 児童名                               |   |
|                                                               |                                                                                                                        | 保護者名                              | 印 |
| 病名（または症状）                                                     |                                                                                                                        |                                   |   |
| 体調                                                            | 体温      度      分                                                                                                       |                                   |   |
| 薬の内容                                                          | 持参した薬は、令和      年      月      日に処方された      日分のうちの本日分です。<br>風邪薬      咳止め      下痢止め      外用薬（点眼薬、塗り薬、湿布など）<br>その他（      ） |                                   |   |
| 薬の保管                                                          | 室温      冷蔵庫      その他（      ）                                                                                           |                                   |   |
| 服用方法                                                          | 食前      食後      食間（      時      分      ころ）その他（      ）                                                                  |                                   |   |
| 薬の書類                                                          | 薬の名称（      ）                                                                                                           |                                   |   |
|                                                               | 粉薬（      包）      液（シロップ      ml）錠剤（      錠）<br>気管支炎拡張テープ      その他（      ）<br>外用薬（      種類）      部位（      ）             |                                   |   |
| 処方された病院名                                                      |                                                                                                                        | 病院TEL                             |   |
| ●薬と一緒に薬剤情報提供書または、お薬手帳をお持ちください。コピーを取らせていただいた後、すぐにお返しいたします。     |                                                                                                                        |                                   |   |

|                                                               |                                                                                                                        |                                   |   |
|---------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|---|
| 投薬依頼書                                                         |                                                                                                                        | 令和      年      月      日    (    ) |   |
|                                                               |                                                                                                                        | 児童発達支援センターもも                      |   |
| 医師の指示通りに家庭での投薬を実施することができないため、当センターに依頼します。また、投薬に関する責任は保護者とします。 |                                                                                                                        | 児童名                               |   |
|                                                               |                                                                                                                        | 保護者名                              | 印 |
| 病名（または症状）                                                     |                                                                                                                        |                                   |   |
| 体調                                                            | 体温      度      分                                                                                                       |                                   |   |
| 薬の内容                                                          | 持参した薬は、令和      年      月      日に処方された      日分のうちの本日分です。<br>風邪薬      咳止め      下痢止め      外用薬（点眼薬、塗り薬、湿布など）<br>その他（      ） |                                   |   |
| 薬の保管                                                          | 室温      冷蔵庫      その他（      ）                                                                                           |                                   |   |
| 服用方法                                                          | 食前      食後      食間（      時      分      ころ）その他（      ）                                                                  |                                   |   |
| 薬の書類                                                          | 薬の名称（      ）                                                                                                           |                                   |   |
|                                                               | 粉薬（      包）      液（シロップ      ml）錠剤（      錠）<br>気管支炎拡張テープ      その他（      ）<br>外用薬（      種類）      部位（      ）             |                                   |   |
| 処方された病院名                                                      |                                                                                                                        | 病院TEL                             |   |
| ●薬と一緒に薬剤情報提供書または、お薬手帳をお持ちください。コピーを取らせていただいた後、すぐにお返しいたします。     |                                                                                                                        |                                   |   |