

処方薬管理依頼書

※利用中に服薬が必要な場合にご記入ください。必ず保護者の方がご記入の上、ご捺印をお願いします。

児童デイサービスすきっぷ 御中

処方薬管理依頼書の記載どおり、利用時間内の服薬を依頼します。この依頼書によって利用時間内に服薬した結果については、児童デイサービスすきっぷに責任のないことを承諾いたします。

年 月 日 保護者氏名: 印

※薬の管理はやむを得ない場合のみお請けします。

※管理依頼書は、1つの症状に対し1枚必要です。

※処方されたお薬のみといたします。処方箋を一緒にご提出ください。(処方箋の期日外のものはお請けできません)

※処方薬管理依頼書の記載に基づいて管理いたします。

※市販薬の使用に関しては、お請けできませんのでご了承ください。

※薬袋や容器にもご記名ください。

※薬の持ち込みは、必要量のみでお願いいたします。

※飲み忘れがあると困るような重要な薬は、保護者さまが来所のうえ服薬させるようお願いいたします。

上記ご了承の上、方法をご記入ください。

お名前:

病院名:

病名 :

使用日: 月 日 ~ 月 日 (日分)

※お薬が複数ある場合は、種類ずつの記入をお願い致します。

お薬の名前/内容	服薬量	服薬時間	使用方法
例) ムコスタ錠 (胃薬)	1回1錠	昼食後	水で飲む
名前: 内容:			
名前: 内容:			
名前: 内容:			
名前: 内容:			
名前: 内容:			
名前: 内容:			

職員 ✓ 欄

依頼書受理

服薬確認