

# 緊急時補助治療薬等 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

緊急時補助治療薬等管理依頼書の記載どおり、利用時間内の医療薬管理を依頼します。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。また処方されたお薬のみといたします。

※医師指示書をご提出ください。薬の変更があった場合も同様に提出をお願いいたします。

※緊急時補助治療薬等管理依頼書の記載に基づいて管理いたします。

※薬袋や容器にもご記名ください。

※カバンに常備し毎回持参しているなど、事業所での管理を要さない場合は、下記項目の持参時の保管場所にご記入ください。尚、持参場所が複数ある場合は必ず全てご記入ください。

※緊急時用の為、服薬の際は使用前、後問わず保護者様へご連絡いたします。

上記ご了承の上、方法をご記入ください。

お名前

病院名

病院連絡先

病名

使用方法（量）

預かり日	事業所預かり確認欄	返却時保護者確認欄	服薬時確認欄
月 日( )			

事業所での管理を要さない場合

持参時の保管場所

※変更があった際には必ずご連絡ください。