

くすりの連絡票

下記の通り、私に代わり投薬をお願いします。
 なお、この投薬により、何か異常な事態が生じても事業所への責任は問いません。

| | | | |
|--------------------------|----------------------------|----------|------------|
| 依頼先 | 児童発達支援ピース/児童発達支援ピースいちのたに 宛 | | |
| 依頼者 | 保護者氏名 | 印〔連絡先〕電話 | |
| | 児童名 | 男・女 | 歳 ヶ月 |
| 主治医 | 氏名 | 電話: | |
| | (病院・医院) | FAX: | |
| 病名又は症状 | | | |
| 薬剤名 〔粉薬・水薬〕 | 軟膏〔部位〕 | | |
| 1 | 1 | | |
| ----- | 点眼薬〔右・左〕 | | |
| 2 | 1 | | |
| ----- | 2 | | |
| 抗生物質名 | 2 | | |
| 1 | | | |
| 投与日 | 年 月 日 | 昼食前 | 昼食後 その他() |
| 家庭での内服方法 | | | |
| 外用薬の使用法 | | | |
| その他の注意事項 | | | |
| 薬剤情報提供書 | 有・無 | | |
| 児童発達支援ピース/児童発達支援ピースいちのたに | | | |
| 受領者サイン | 投与者サイン | | |
| 投与時間 | 月 日 | 午前・午後 | 時 分 |

～持参する薬について～

- ※使用する薬は、1回分だけご用意ください
- ※薬(袋・容器)には、氏名を忘れずに書いてください。
- ※解熱剤(飲み薬・座薬)や市販の薬は、扱いません。
- ※連絡票は、薬と一緒に渡してください。連絡票がない場合は、投与できません。
- ※記載済みの連絡票はピース/ピースいちのたににて保管させていただきます。

くすりの連絡票

下記の通り、私に代わり投薬をお願いします。
 なお、この投薬により、何か異常な事態が生じても事業所への責任は問いません。

| | | | |
|--------------------------|----------------------------|----------|------------|
| 依頼先 | 児童発達支援ピース/児童発達支援ピースいちのたに 宛 | | |
| 依頼者 | 保護者氏名 | 印〔連絡先〕電話 | |
| | 児童名 | 男・女 | 歳 ヶ月 |
| 主治医 | 氏名 | 電話: | |
| | (病院・医院) | FAX: | |
| 病名又は症状 | | | |
| 薬剤名 〔粉薬・水薬〕 | 軟膏〔部位〕 | | |
| 1 | 1 | | |
| ----- | 点眼薬〔右・左〕 | | |
| 2 | 1 | | |
| ----- | 2 | | |
| 抗生物質名 | 2 | | |
| 1 | | | |
| 投与日 | 年 年 月 日 | 昼食前 | 昼食後 その他() |
| 家庭での内服方法 | | | |
| 外用薬の使用法 | | | |
| その他の注意事項 | | | |
| 薬剤情報提供書 | 有・無 | | |
| 児童発達支援ピース/児童発達支援ピースいちのたに | | | |
| 受領者サイン | 投与者サイン | | |
| 投与時間 | 月 日 | 午前・午後 | 時 分 |

～持参する薬について～

- ※使用する薬は、1回分だけご用意ください
- ※薬(袋・容器)には、氏名を忘れずに書いてください。
- ※解熱剤(飲み薬・座薬)や市販の薬は、扱いません。
- ※連絡票は、薬と一緒に渡してください。連絡票がない場合は、投与できません。
- ※記載済みの連絡票はピース/ピースいちのたににて保管させていただきます。