

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/ピースいちのたにで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/ピースいちのたにで保管させていただきます。