

放課後等デイサービス・児童発達支援での投薬の依頼について

投薬が医療行為とみなされるため、幼児・児童への投薬を行わないこととなっております。病院にかかる際にはお子様が施設を利用していること、施設では原則として薬を飲ませる事が出来ない旨を伝えていただき、家庭で飲ませる事の出来る2回分(朝・晩)の調剤が可能か医師にご相談ください。

やむを得ず、医師の指示で利用時間中の投薬が必要な場合に限り、投薬を行うこととしますので、下記依頼書に記入のうえ、薬剤情報提供書等を添えてご提出ください。

なお、本依頼書は、使用期間最終日の投与を確認しましたら、管理者へご提出ください。

さくらキャンプ

投薬(内服薬・外用薬)依頼書			年 月 日
放課後等デイサービス・児童発達支援さくらキャンプ 宛			
利用児名 _____			
保護者名 _____			
医師の診断を受けたところ、下記のとおり指示がありましたのでお願いいたします。			
病院名		TEL	
担当医師名			
薬局名		TEL	
病名又は症状			
使用期間	年 月 日～ 年 月 日 食前 食後 3時		
薬の内容	抗生剤 整腸剤 咳止め 外用薬(点眼 軟膏) (軟膏塗布部位: _____) その他(_____)		
1回の量	粉薬(_____ 包) 水薬(_____ c c) 錠剤(_____ 錠) その他(_____)		
その他 注意事項			

○保護者記入欄

依頼日	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
保護者名										

○事業所記入欄

受領日	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
受領者名										
投与日	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
投与時刻	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:
投与者名										

管理者