

与薬依頼書

くりえいと 施設長 様

医師の指示により、やむを得ずサービス提供時間中における与薬が必要となり、
保護者の責任において、施設等での利用者に対する与薬を行っていただきたく依頼いたします。

依頼日 年 月 日

利用者名 保護者名

医療機関名 (担当医師名)	(電話)	
病 名		
薬の種別	与薬方法(用法・用量等)	処方された日
①内服薬	時間 食(前・間・後) 分 方法 そのまま・水で溶く・その他()	月 日
②内服薬	時間 食(前・間・後) 分 方法 そのまま・水で溶く・その他()	月 日
③塗り薬	回数 回(時間) 患部 ()	月 日
④点眼薬	回数 回(時間) 患部 (左目・右目)	月 日
		月 日

【※注意事項】

- 医師の指示による与薬しか受け付けません。
- 与薬依頼書は保護者が記入してください。記入漏れがある場合、与薬ができないことがあります。
- 薬の袋や容器には、必ず利用者名を記載してください。内服薬などが複数の場合には、それぞれ①、②と記載してください。
- 『与薬依頼書』に薬を添えて、必ず職員に手渡してください。
※『薬の指示書』がある場合は依頼書と一緒に手渡してください。
- 薬剤情報提供書、与薬に関する主治医意見書(ある方のみ)を併せて提出ください。

施設記入欄	受取者	薬の種類	与薬時間	与薬者
	/	()	:	