

ショートステイ服薬支援依頼書

お名前 _____

薬が必要な病名 _____

薬の種類
 薬剤情報提供書 あり ・ なし
 おくすり手帳 あり ・ なし
 服用薬・外用薬・その他 (_____)
 薬名 (_____)

服薬頻度
 1日 (_____) 回 (朝 ・ 昼 ・ 夕 ・ 就寝前)
 その他 (_____)

服薬時間 食前 ・ 食後 ・ 時間薬 (_____ 時頃)

服薬時の
 留意点など _____

以上の服薬支援を依頼します。 _____ 年 _____ 月 _____ 日
 保護者氏名 _____

==== 職員記入欄 =====

	項目	/	/	/	/	/	/	/
預かり <input type="checkbox"/>	/							
内服薬 塗布薬 <input type="checkbox"/>	朝							
	昼							
	夕							
	その他 (入浴後・ 就寝前等)							
返却 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 残った薬 <input type="checkbox"/> 薬剤情報提供書 <input type="checkbox"/> おくすり手帳							