

児童発達支援事業

風の子・太陽の子施設長殿

投 薬 指 示 書

記入日 年 月 日

氏名

診断名

【処方薬名】

【投薬にあたっての注意事項】

処方年月日 年 月 日

処方期間 年 月 日 ～ 年 月 日迄

医療機関名

住 所

電話番号

担当医師名

印

投 薬 依 頼 書

児童発達支援事業施設 風の子・太陽の子職員が、上記投薬指示書の通りに与薬することを依頼いたします。

年 月 日

保護者 住所

氏名

印

※ 与薬する際に、配慮する点をご記入ください。（例：水に溶かして飲む 等）

()