

薬の介助・確認依頼書

令和 年 月 日

株式会社 QOO 管理者様

利用者氏名 _____

保護者氏名 _____ 印

短期入所利用中、保護者に代わって薬の介助・確認を依頼いたします。
万が一副作用などの事故が起こった場合、一切不服申し立ては致しません。

1. 薬の介助・確認を依頼する期間

令和 年 月 日より 令和 年 月 日まで

2. 薬名や服薬方法等について

薬名	飲み方・塗布部位など	服薬・塗布時間
		朝・昼・夕・寝る前 その他（ ）
		朝・昼・夕・寝る前 その他（ ）
		朝・昼・夕・寝る前 その他（ ）
		朝・昼・夕・寝る前 その他（ ）
		朝・昼・夕・寝る前 その他（ ）

病名（症状） _____

医療機関名 _____

※必ず、上記の薬の説明書コピーなどを短期入所利用時に持たせて下さい。

依頼日	朝	昼	夕	寝る前	その他
	与薬者（確認者）サイン				
/					
/					
/					