**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□ |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 内服薬塗布薬□ | 朝 |  |  |  |  |  |  |  |
| 昼 |  |  |  |  |  |  |  |
| 夕 |  |  |  |  |  |  |  |
| その他（入浴後・就寝前等） |  |  |  |  |  |  |  |
| 返却□ | □　残った薬　　　□　薬剤情報提供書　　　□おくすり手帳 |