

# 事業所での服薬について

いつもなないろの活動にご協力いただきまして、ありがとうございます。服薬についてのお知らせを記載しましたので、ご確認お願いいたします。

## 【事業内での服薬について】

やむをえず事業所で服薬が必要な場合は、下記の点にご注意いただき必要書類の提出をお願いいたします。服薬に際しましては、職員一同、細心の注意を払って対応をしていきますが、保護者の皆様にもご協力をお願いいたします。

- ◎医師が処方した薬のみお預かりします。
- ◎市販の薬はお預かりできません。
- ◎薬は1回分ずつ持参し、袋や容器に記名をしてください。※1
- ◎お預かりする薬は、今回の症状で処方されたものに限ります。※2

※1 シロップなどの場合も小分け容器(お弁当用のしょうゆ入れ等)に入れてお持ちください。

こぼれないよう、ふたをしっかりと閉め、ビニール袋等に入れてください。

(目薬や塗り薬など、分包出来ない場合はそのままお預かりします。)

※2 「以前、似た症状で処方された薬が残っているので服用させたい」等の場合は

お受けできません。ただし、塗り薬や外用薬で長期間使用する場合は除きます。

## 【提出物】

### ・「服薬依頼書」

※服薬依頼書が必要な方は、スタッフにお知らせください。

なないろ江津駅前のホームページからダウンロードすることも可能です。

※その他、ご不明な点がございましたら職員までおたずねください。

# 薬の服薬依頼書

依頼日 令和 年 月 日

「事業所での服薬について」(別途書類記載)の内容に同意し、なないろに服薬を依頼します。

保護者氏名

氏名				年齢	
病名		医療 機関名		担当 医師名	
薬の 種類	<input type="checkbox"/> 風邪 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 胃腸 <input type="checkbox"/> 目薬 <input type="checkbox"/> 耳鼻 <input type="checkbox"/> アレルギー <input type="checkbox"/> 皮膚外用薬 <input type="checkbox"/> その他( )				
① 持参した薬は 年 月 日に処方された 日分のうちの1回分です。 服用期間 年 月 日から 年 月 日まで					
② 薬品名					
③使用方法・注意事項 (例:「本人が水で飲む」「スタッフに点眼してほしい」「1日2回まで」など)					
④ 服用時間 <input type="checkbox"/> 食前 <input type="checkbox"/> 食後 <input type="checkbox"/> 食間 <input type="checkbox"/> その他( )					
◎ 医師が処方した薬のみ服用させます。 ◎ 市販の薬はお預かりできません。 ◎ 薬は1回分ずつ、記名して持参してください。 ◎ お預かりする薬は、今回の症状で処方されたものに限ります。					