社会福祉法人　調布市社会福祉事業団
なごみ施設長　様
ハートポートこもれび施設長　様

投　薬　指　示　書

記入日

氏名

診断名

処方薬名

主治医よりコメント
（与薬時間など）

処方年月日　　令和　　年　　月　　日

期間　　～　　日迄

医療機関名

医師名

連絡先　　印

投　薬　依　頼　書

当該施設職員が、上記投薬指示書の通りに与薬する事を依頼いたします。

令和　　年　　月　　日

保護者　住所

氏名　　印

※　薬の飲ませ方で、配慮する点を記入ください。（例：　水に溶かして飲む　等）

（　　）