

社会福祉法人調布市社会福祉事業団
知的障害者施設 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

知的障害者施設 ハートポートこもれびの職員が、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。

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）

(

)