

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 印  
氏名

※ 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）

（ ）