

薬の預かり依頼兼同意書

ケアハウスサニーリッジでは、入居者の皆様のお薬の管理を行うことはできません。が、自己管理に問題があり希望された場合には、以下の条件でお預かりをいたします。

- ・お預かりできるのは本人に医師が処方し、一包化した食後薬のみです。氏名、日付、○食後の印字や記入を必ずお願いします。
- ・複数の受診先があったり、一包化できない薬（粉薬等）も必ず一回分ずつにまとめてからお届けください。シートのままではお預かりできません。
- ・外用薬（塗り薬、目薬、座薬、湿布等）、頓服薬、起床時や食前薬、眠前薬、体調に応じての臨時薬、市販薬等についてはお断りします。
- ・処方内容に変更があった場合には必ずお伝えいただき、薬剤情報を添付してください。
- ・ケアハウスサニーリッジは、お預かり薬服用による体調変化等の責任は一切負いません。よってお渡ししたお薬を入居者ご自身が調整される場合には、お預かりしかねます。一旦処方薬を依頼者にお返ししますので、処方された医師にご相談ください。
- ・お預かりしたお薬に関することは依頼者に連絡させていただきます。ケアハウスサニーリッジから直接医療機関に連絡や相談はいたしません。
- ・救急搬送等、正当な理由がある場合には、必要最低限この情報を医療機関に提供する場合があります。

私は上記について同意した上で、ケアハウスサニーリッジに薬の預かりを依頼します。

依頼日 令和 年 月 日 ()

依頼者（自筆） 連絡先

入居者 部屋番号

服用期間 令和 年 月 日 朝・昼・夕～ 令和 年 月 日 朝・昼・夕
医師の指示：服用期間までで終了 ()

薬品名（お薬手帳のコピーの代用も可能ですが、預かり薬がわかるようにしてください）

| | |
|-----|--|
| 朝食後 | |
| 昼食後 | |
| 夕食後 | |

| 預かり者 | 相談員 |
|------|-----|
| | |