

与薬依頼書

病児保育室 はなぞの 施設長様

下記の薬について、与薬を依頼します。

令和 年 月 日

保護者氏名 _____ 印

処方日：令和 年 月 日

児童氏名 _____

病名： _____ 医療機関名： _____

内服薬	薬①	形状： <input type="checkbox"/> 散薬 <input type="checkbox"/> シロップ <input type="checkbox"/> 錠剤 <input type="checkbox"/> その他：（ 服用時間： <input type="checkbox"/> 昼食前 <input type="checkbox"/> 昼食後 <input type="checkbox"/> その他 時 分 服用方法： <input type="checkbox"/> そのまま <input type="checkbox"/> 水溶き <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> スポイト <input type="checkbox"/> （			
	薬②	形状： <input type="checkbox"/> 散薬 <input type="checkbox"/> シロップ <input type="checkbox"/> 錠剤 <input type="checkbox"/> その他：（ 服用時間： <input type="checkbox"/> 昼食前 <input type="checkbox"/> 昼食後 <input type="checkbox"/> その他 時 分 服用方法： <input type="checkbox"/> そのまま <input type="checkbox"/> 水溶き <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> スポイト <input type="checkbox"/> （			
	薬③	形状： <input type="checkbox"/> 散薬 <input type="checkbox"/> シロップ <input type="checkbox"/> 錠剤 <input type="checkbox"/> その他：（ 服用時間： <input type="checkbox"/> 昼食前 <input type="checkbox"/> 昼食後 <input type="checkbox"/> その他 時 分 服用方法： <input type="checkbox"/> そのまま <input type="checkbox"/> 水溶き <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> スポイト <input type="checkbox"/> （			
頓用薬	薬④	<input type="checkbox"/> 解熱剤 体温 _____℃以上で使用（最終使用は _____℃で _____月 _____日 _____時頃 <input type="checkbox"/> 咳がひどい時 <input type="checkbox"/> けいれん時 <input type="checkbox"/> その他（ 形状： <input type="checkbox"/> 散薬 <input type="checkbox"/> シロップ <input type="checkbox"/> 錠剤 <input type="checkbox"/> その他：（ 服用時間： <input type="checkbox"/> 昼食前 <input type="checkbox"/> 昼食後 <input type="checkbox"/> その他 時 分 服用方法： <input type="checkbox"/> そのまま <input type="checkbox"/> 水溶き <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> スポイト <input type="checkbox"/> （			
	薬⑤	<input type="checkbox"/> 解熱剤 体温 _____℃以上で使用（最終使用は _____℃で _____月 _____日 _____時頃 <input type="checkbox"/> 咳がひどい時 <input type="checkbox"/> けいれん時 <input type="checkbox"/> その他（ 形状： <input type="checkbox"/> 散薬 <input type="checkbox"/> シロップ <input type="checkbox"/> 錠剤 <input type="checkbox"/> その他：（ 服用時間： <input type="checkbox"/> 昼食前 <input type="checkbox"/> 昼食後 <input type="checkbox"/> その他 時 分 服用方法： <input type="checkbox"/> そのまま <input type="checkbox"/> 水溶き <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> スポイト <input type="checkbox"/> （			
外用薬	薬⑥	<input type="checkbox"/> 点眼薬 回 時 右 左 両方	<input type="checkbox"/> 点耳薬 回 時 右 左 両方	<input type="checkbox"/> 点鼻薬 回 時 右 左 両方	<input type="checkbox"/> 軟膏 部位 方法：

* 各薬について、薬剤情報提供書のコピー添付又は提示をお願いします。

* 飲み薬は1回分を容器に入れて下さい。容器や袋には氏名を明記し、上記与薬依頼書と同じ番号を付け職員に手渡しして下さい。

受領日	与薬時間サイン	受領日	与薬時間サイン	受領日	与薬時間サイン	受領日	与薬時間サイン