

## 病児・病後児対応依頼連絡票及び与薬依頼書

医師から在宅での一時預かりの許可が出ましたので、依頼いたします。万が一、緊急を要する対応をせざるを得ない場合には、協力会員の判断に任せます。また、利用会員との連絡が取れず、医師への受診及び治療等（手術なども含む）の処置をする場合も医師の判断に任せます。なお、協力医療機関である桐生厚生総合病院を受診する際には、かかりつけ医からの紹介状が無い場合には、初診料として5,500円を負担することにも同意します。

利用会員（氏名） \_\_\_\_\_ (印) 会員番号 \_\_\_\_\_

### 1 依頼連絡票

子どもの氏名	性別	男 ・ 女
	生年月日	年 月 日
受診の結果	*別添「診断結果報告書」のとおり	
前日の様子 (症状の経過)	<b>【症状】</b>  <b>【体温】</b> 午前・午後 時頃 体温 _____ ℃ <b>【機嫌】</b> 良い・普通・やや悪い・悪い <b>【食事】</b> 食 欲：普通・やや無い・無い 水分摂取：摂れている・摂れていない <b>【排泄】</b> 排 尿：多い・普通・少ない 排 便：なし・普通・軟便・下痢 <b>【その他】</b>	

(利用会員または協力会員記入) ※利用の前日に協力会員に提出する場合は、当日の朝協力会員が利用会員に聞き取って記入してください。

今朝の様子	<b>【症状】</b>  <b>【体温】</b> 午前 時頃 体温 _____ ℃ <b>【機嫌】</b> 良い・普通・やや悪い・悪い <b>【食事】</b> 食 欲：普通・やや無い・無い 水分摂取：摂れている・摂れていない <b>【排泄】</b> 排 尿：多い・普通・少ない 排 便：なし・普通・軟便・下痢 <b>【その他】</b>	
-------	---	--

## 2 与薬依頼書

次のとおり与薬をお願いします。

病名 (症状)				
用法区分	薬の名前	形状	1回量	与薬時間
内服		粉・水・錠	( ) 包 ml 目盛 錠	食前・食後 指定時間( : )
		粉・水・錠	( ) 包 ml 目盛 錠	食前・食後 指定時間( : )
		粉・水・錠	( ) 包 ml 目盛 錠	食前・食後 指定時間( : )
		粉・水・錠	( ) 包 ml 目盛 錠	食前・食後 指定時間( : )
外用		塗・点眼・点鼻		
		塗・点眼・点鼻		
		塗・点眼・点鼻		
その他				
医師からの注意事項				

- ・必要項目をご記入の上、該当事項を○で囲み押印をお願いします。
- ・薬は医師の処方によるもののみで、市販薬はお受けできません。
- ・薬は、1回分を袋またはビンに入れてください。