与薬依頼書

別紙の薬剤情報提供書、またはお薬手帳の控えのとおり、保護者に代わって与薬を

お願いします。なお、利用施設に対して、与薬についての責任は問いません。

病後児保育室　様　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　平成　　年　　月　　日

依頼者：保護者氏名　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　児童氏名

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 主治医 | 施設名  医師名 | | | | 電話  FAX | | | |
| 病名又は症状  発熱・咳・鼻汁・下痢  嘔吐・喘鳴・発疹 | | | その他（病名又は具体的な症状） | | | | | |
|  | | 薬の種類（○をつけて数を書き入れてください）  粉末（　　包）・シロップ（　　種類）・錠剤（　　　個）  外用薬（　 個）はり薬（　　枚）その他（　　　　　　　） | | | | | | |
| 保育室で服用する薬 | | 薬の内容（○をつけてください）  抗生物質・解熱剤・咳止め・鼻水止め・痰切り・下痢止め  外用薬（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | |
|  | | 薬の名前（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  薬剤状況提供書（お薬手帳）：あり・なし  服用の（外用）方法  （いつ＝食前・食間・食後・その他（　　　　　　　）  （どのように＝　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | |
| 保管方法 | | 室温・冷蔵庫・その他（　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | |
| その他注意事項 | |  | | | | | | |
| 使　用　日 | | ／ | ／ | ／ | ／ | ／ | ／ | ／ |
| 受領サイン | |  |  |  |  |  |  |  |
| 保管サイン | |  |  |  |  |  |  |  |
| 与薬サイン | |  |  |  |  |  |  |  |
| 与薬時間 | | ： | ： | ： | ： | ： | ： | ： |
| 実施状況 | |  |  |  |  |  |  |  |