

三戸町病後児保育事業 与薬依頼書

保護者氏名 _____

ふりがな 児童氏名		生年月日	H・R 年 月 日生					
	(歳 ヶ月)							
かかりつけ医	医療機関名 ()							
	医師名 ()							
病 状	<input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 鼻汁 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 喘鳴 <input type="checkbox"/> 発疹							
病名又は具 体的な症状								
与 薬 を 依頼する薬	・処方薬の名前 薬剤名称 () 処方期間 (月 日 ~ 月 日まで) 服用(外用) 時間： <input type="checkbox"/> 食前 <input type="checkbox"/> 食間 <input type="checkbox"/> 食後 <input type="checkbox"/> その他 () 方法：()							
	・処方薬の内容 <input type="checkbox"/> 抗生物質 <input type="checkbox"/> 解熱剤 <input type="checkbox"/> 咳止め <input type="checkbox"/> 鼻水止め <input type="checkbox"/> 痰きり <input type="checkbox"/> 下痢止め <input type="checkbox"/> 外用薬 ()							
	・処方薬の種類（具体的な数量を記入してください。） <input type="checkbox"/> 粉末 (包) <input type="checkbox"/> シロップ (種類) <input type="checkbox"/> 外用薬 (個) <input type="checkbox"/> はり薬 (個) <input type="checkbox"/> その他 ()							
常時服用薬	今回処方された薬以外で服用している薬 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (処 方 薬) (服用回数 回 / 1日) (最終服用時間 時 分)							
保 育 室 記 載 欄	受 領 者						与薬の状況	
	与薬者	与薬月日	/	/	/	/		/
		与薬時間	:	:	:	:		:
与薬者印								

(留意事項)

- 1 薬剤情報提供書は、この依頼書と一緒に提出してください。
- 2 与薬はなるべく家庭で行うようにしてください。
- 3 薬は施設職員に直接手渡ししてください。
- 4 薬は、必ず一回分に分け容器に入れて児童氏名をはっきり書いてください。