

与薬依頼書

I D _____

下記の通り、保護者に代わり与薬をお願いします。

※太枠内をご記入ください。

利用開始日 年 月 日

児童氏名		保護者氏名	
飲ませ方			
常時内服薬	なし ・ あり (内容: _____)		

与薬時間	剤形 (1回の与薬量)	日付	最終 与薬時間	持参 回数	受領者 サイン	与薬 時間	与薬者 サイン	返却 回数
<input type="checkbox"/> 食前	・ 粉薬 (_____ 包)	/	:	_____ 回分		:	/	_____ 回分
<input type="checkbox"/> 食後	・ 水薬 (_____ c c)							
<input type="checkbox"/> 食間	・ 錠剤 (_____ 錠)							
<input type="checkbox"/> 頓服	* 解熱剤は下欄へ記入							
<input type="checkbox"/> 食前	・ 粉薬 (_____ 包)	/	:	_____ 回分		:	/	_____ 回分
<input type="checkbox"/> 食後	・ 水薬 (_____ c c)							
<input type="checkbox"/> 食間	・ 錠剤 (_____ 錠)							
<input type="checkbox"/> 頓服	* 解熱剤は下欄へ記入							
外用薬		/	:	_____ 回分		:	/	_____ 回分
(軟膏・ 点眼薬など)		/	:	_____ 回分		:	/	_____ 回分

① 解熱剤： なし ・ 坐薬 ・ 内服薬	日付	最終 与薬時間	持参 回数	受領者 サイン	与薬 時間	与薬者 サイン	返却 回数
38.5°C以上 で使用 <input type="checkbox"/> 連絡不要 <input type="checkbox"/> 使用前に連絡が欲しい	/	:	_____ 回分		:	/	_____ 回分
② けいれん止め： なし ・ あり	/	:	_____ 回分		:	/	_____ 回分
医師の指示 (_____ °C) <input type="checkbox"/> 連絡不要 <input type="checkbox"/> 使用前に連絡が欲しい で使用	/	:	_____ 回分		:	/	_____ 回分
けいれんが起きた際の医師の指示 (_____)	/	:	_____ 回分		:	/	_____ 回分
	/	:	_____ 回分		:	/	_____ 回分