与薬依頼書

ID＿＿＿＿＿＿＿＿

薬剤情報提供書、又はおくすり手帳の通り、保護者に代わって与薬をお願いします。
（内服薬に関しては、上記書類の提出がない場合は与薬することができません。）

※太枠内をご記入ください。

児童氏名	（体重　　kg）	保護者氏名	
与薬依頼期間	年　月　日　～　年　月　日		
薬の飲ませ方	そのまま飲める　コップ・スプーン・スポイトで飲む　食事・アイス・ゼリーに混ぜる 薬は…好き・苦手　（上記以外の飲ませ方：　）		

☆薬の種類(薬袋・ボトル)ごとにご記入下さい。また、複数の薬袋がある場合は下記番号を薬袋に明記してください。

薬剤		**用法**	**用量（1回の与薬量）**	**薬剤**			**用量（1回の与薬量）**
内服薬	くすり①	□食前　□食後　□食間	（　包　cc）	**外用薬**	くすり①	□点眼薬 □点耳薬 □点鼻薬	1日　回、保育中　回 一回　滴 (右・左・両方)
						□軟　膏	(塗る部位：　)
						□その他	(　)
	くすり②	□食前　□食後　□食間	（　包　cc）		くすり②	□点眼薬 □点耳薬 □点鼻薬	1日　回、保育中　回 一回　滴 (右・左・両方)
						□軟　膏	(塗る部位：　)
						□その他	(　)
	くすり③	□食前　□食後　□食間	（　包　cc）				
	くすり④	□食前　□食後　□食間	（　包　cc）				
頓服薬	解熱剤	（　）**℃で使用**	（　個　包）	【薬剤名：　】 1日（　）回まで　/　（　）時間空けて			
	けいれん止め	**医師の指示** （　）**℃で使用**	（　個　cc）	【薬剤名：　】 1日（　）回まで　/　（　）時間空けて			
		けいれんが起きた時の指示（　）					
	その他	**医師の指示**	（　個　cc）	【薬剤名：　】 1日（　）回まで　/　（　）時間空けて			

※頓服薬使用時の事前連絡の要・不要に〇をお付けください　（　要・不要　）

以下は病児保育室が記入します。

日　付	受領者	薬の種類	与薬者/確認者	返　却
/			/	済　・　無
/			/	済　・　無
/			/	済　・　無
/			/	済　・　無
/			/	済　・　無
/			/	済　・　無