

## 与藥依頼書

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	そのまま飲む 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	<input type="checkbox"/> 食前 <input type="checkbox"/> 食後 <input type="checkbox"/> 食間	( 包 ) cc	外用薬	くすり①	<input type="checkbox"/> 点眼薬 1日 回、保育中 回 <input type="checkbox"/> 点耳薬 一回 滴 <input type="checkbox"/> 点鼻薬 (右・左・両方)
	くすり②	<input type="checkbox"/> 食前 <input type="checkbox"/> 食後 <input type="checkbox"/> 食間	( 包 ) cc			<input type="checkbox"/> 軟 膏 (塗る部位： ) <input type="checkbox"/> その他 ( )
	くすり③	<input type="checkbox"/> 食前 <input type="checkbox"/> 食後 <input type="checkbox"/> 食間	( 包 ) cc		くすり②	<input type="checkbox"/> 点眼薬 1日 回、保育中 回 <input type="checkbox"/> 点耳薬 一回 滴 <input type="checkbox"/> 点鼻薬 (右・左・両方)
	くすり④	<input type="checkbox"/> 食前 <input type="checkbox"/> 食後 <input type="checkbox"/> 食間	( 包 ) cc			<input type="checkbox"/> 軟 膏 (塗る部位： ) <input type="checkbox"/> その他 ( )
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○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。

[illegible]