与 薬 依 頼 書

平成　　年　　月　　日

薬剤情報提供書(お薬手帳)のとおり、保護者に代わり与薬をお願いします。

なお、病児保育園に与薬の責任は問いません。

保護者名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　児童氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

薬品名	用量	薬品形状	与薬時間	与薬前チェック	与薬者サイン	
			食前・食後・食間・臨時		時　　分	
			食前・食後・食間・臨時		時　　分	
			食前・食後・食間・臨時		時　　分	
			食前・食後・食間・臨時		時　　分	

薬品形状　①シロップ　②粉薬　③錠剤　④座薬　⑤吸入薬　⑥塗り薬　⑦点眼薬　⑧点鼻薬　⑨点耳薬　⑩その他

〇朝の内服時間　　(　　:　　)

〇内服方法を記入して下さい。　　例）少量の水に溶かしスプーンにのせて飲める、水で練って口に入れる　等

〇解熱剤使用の目安を記入して下さい。　例）38．5度以上でグッタリしているとき

使用前には保護者様に連絡をしてから使用します。

➔

連絡先(　　)

〇熱性けいれんの既往はありますか？　　有　・　無

〇ダイアップ座薬の使用　　最終使用日(　　年　　月　　日)

お薬手帳、薬剤情報提供用紙、当園で内服するお薬をお持ち下さい。
市販薬や初回投与のお薬（ご家庭で今まで使用したことのない薬）は、与薬できません。