

与薬依頼書

令和 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

○朝の内服時間 (:)

○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む、水で練って口に入れる 等

○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()

○熱性けいれんの既往はありますか？ 有 ・ 無

○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。