

平成 年 月 日

## 五所川原市病後児保育事業 与薬依頼書

みどりの風アイリス 施設長 殿

保護者氏名

(児童との続柄)

ふりがな 児童氏名		平成 年 月 日生まれ 生年月日 ( 歳 ヶ月)
かかりつけ医	医療機関名 ( ) 医師名 ( )	連絡先 - -
病状 又は症状	<input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 鼻汁 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 喘鳴 <input type="checkbox"/> 発疹	
病名又は具 体的な症状		
与薬を依頼 する薬	・薬の種類(具体的な数量を記入してください。) <input type="checkbox"/> 粉末( 包) <input type="checkbox"/> シロップ( 種類) <input type="checkbox"/> 外用薬( 個) <input type="checkbox"/> はり薬( 個) <input type="checkbox"/> その他( )	
	・薬の内容 <input type="checkbox"/> 抗生物質 <input type="checkbox"/> 解熱剤 <input type="checkbox"/> 咳止め <input type="checkbox"/> 鼻水止め <input type="checkbox"/> 痰きり <input type="checkbox"/> 下痢止め <input type="checkbox"/> 外用薬( )	
	・薬の名前 薬剤名称 ( ) 服用(外用) 時間: <input type="checkbox"/> 食前 <input type="checkbox"/> 食間 <input type="checkbox"/> 食後 <input type="checkbox"/> その他( ) 方法: ( )	
常時服用薬	今回処方された薬以外で服用している薬 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (薬品名 ) (服用回数 回/1日 ) (最終服用時間 時 分 )	
保育室 記載欄	受領者氏名	月 日 時 分
	与薬者氏名	月 日 時 分 与薬 月 日 時 分 与薬
	与薬時の状況	

## (留意事項)

- 1 薬剤情報提供書がある場合は、この依頼書と一緒に提出してください。
- 2 与薬はなるべく家庭で行うようにしてください。
- 3 薬は施設職員に直接手渡ししてください。
- 4 薬の袋又は容器には、必ず児童氏名をはっきり書いてください。