

五所川原市病児保育事業 与薬依頼書

病児保育事業実施施設 施設長 殿

保護者氏名
 (児童との続柄)

ふりがな 児童氏名		生年月日	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)				
施設記載欄	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。