

五所川原市病児保育事業 与薬依頼書

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() | | | | |
| 与薬を依頼する薬 | ・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() | | | | |
| 与薬を依頼する薬 | ・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。