

与薬依頼票

にじいろたまご保育園

病児・病後保育 施設長宛

年 月 日

医師の診察を受けたところ、下記の通り指示がありましたので与薬を依頼します。

児童名	病名及び症状	保護者 署名
処方された病院名	処方月日 月 日 (日分)	
今朝の薬の使用	なし・あり () 使用時間 :	
内服薬の内容	座薬の種類	その他の薬
<input type="checkbox"/> シロップ()種類 <input type="checkbox"/> 粉薬()種類 <input type="checkbox"/> 錠剤()種類	<input type="checkbox"/> 熱さまし (°C以上で使用) <input type="checkbox"/> 抗けいれん薬 (°C以上で使用)	
与薬時間	内服薬の飲ませ方	
<input type="checkbox"/> 昼食前 <input type="checkbox"/> 昼食後 <input type="checkbox"/> 指定時間 (:) <input type="checkbox"/> 指定のタイミング ()	<input type="checkbox"/> そのまま <input type="checkbox"/> 水に溶かす <input type="checkbox"/> その他 ()	
受領者サイン	投与者サイン	園での与薬時間
<input type="checkbox"/> 使用方法確認		・内服 時 分 (昼食 前・後) ・ 時 分

※お薬は1回分に分け、それぞれに名前を書いてください。(2回分)

※この表はお薬とお薬の説明書を一緒に、職員に直接手渡してください。