

与薬依頼書

印西総合病院おひさまルーム 保育室長 様

依頼者（保護者）

氏名： _____ 印

次により別紙の診療情報提供書（医師連絡票）、またはお薬手帳の控えのとおり、
保護者に代わって与薬をお願いします。

依頼日	年 月 日		
児童名（ふりがな）			
年齢 登録番号	歳 か月	登録番号	
病院名・病院名			
薬の内容（○で囲んでください）	・抗生剤・咳止め・鼻水止め・外用薬・塗り薬・点眼・解熱剤 ・けいれん止め・吐き気止め・噴霧など ・その他（ ）		
医師からの注意点	熱 ℃以上 その他（ ）		
最後に坐薬を使用した日時	月 日 時	坐薬の種類（ ）	
与薬方法 又は使用方法	食前	時	水・粉（ 袋）（直接内服・水溶き）
	食後	時	水・粉（ 袋）（直接内服・水溶き）
	食間	時	水・粉（ 袋）（直接内服・水溶き）
	塗り薬	時	部位（ ） 回
	点眼	時	（右・左・両目） 回
	坐薬		
	その他		
与薬は保育士が行う場合があります。よろしければサインをご記入ください。 保護者サイン _____ 続柄 _____			
注意事項	次の事項を必ず守って下さい 1. 医療機関からの処方である事。保護者の判断で持参された薬は対応できません。 2. 水薬や粉薬等の容器・袋には名前を書き、1回分を持参して下さい。 3. 市販の薬はお預かりできません。		

以下はおひさまルーム使用欄

受領者サイン _____	与薬者サイン・時間 _____ 時 分
--------------	---------------------