

病児保育室 キッズケアルーム(与薬依頼票)

令和 年 月 日(利用日)

※お子様をお預かりしている間に与薬の必要がある方は記入して下さい。
又、保護者に代わって下記の与薬をお願いします。

依頼書・同意書 保護者のサイン(_____)

児童氏名 _____ 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日(男・女)

○薬剤情報提供書、又はお薬手帳持参ですか。(あり なし)

○吉川医院、又は他院で処方された薬剤について記載して下さい。

薬品名	種類○で			与薬はいつ		気をつける事があれば記入
	粉	水	錠	朝	昼	
①	粉	水	錠	朝	昼	
②	粉	水	錠	朝	昼	
③	粉	水	錠	朝	昼	
解熱剤	粉	座薬		・初めて使う。 ・使用は最後何時ですか。(_____)		
ダイアップ座薬 (けいれん)	座薬			・1回目(_____ °C)になると使って下さい。 ・2回目は何時に入れますか。(_____)		
外用薬(内容)	塗布 _____ 点眼 _____ 点鼻 _____ (部位)			回 _____ 何時(_____)に キッズケアルームで		

※解熱剤、ダイアップ座薬について(該当するものに○をつけて下さい。)

- ・基本的に使わない。
- ・医師、看護師に任せます。
- ・使用する場合は保護者に連絡してほしい。

病児保育室 キッズケアルーム

受付担当サイン _____

お薬は1回分を持って来て下さい。
水薬も1回分を名前を記入した容器に小分けに入れてご持参ください。
薬の飲ませ方に気をつける事があれば記入して下さい。