

与薬依頼書

別紙の利用連絡書(診療情報提供書)、またはお薬手帳等の控えのとおり、保護者に代わって与薬をお願いします。

なお、利用施設に対して、与薬についての責任は問いません。

平成 年 月 日

依頼先 県西総合病院 病児保育室「ひまわり」様

依頼者:保護者氏名

印

児童氏名

No	薬品名	用量	薬の形状 (下記から選択)	与薬時間	受付者サイン	与薬者サイン	受付者サイン	与薬者サイン	受付者サイン	与薬者サイン	受付者サイン	与薬者サイン	受付者サイン	与薬者サイン
					/	:	/	:	/	:	/	:	/	:
1				食前・食後 食間・臨時										
2				食前・食後 食間・臨時										
3				食前・食後 食間・臨時										
4				食前・食後 食間・臨時										
5				食前・食後 食間・臨時										
6				食前・食後 食間・臨時										
7				食前・食後 食間・臨時										
8				食前・食後 食間・臨時										

【薬品の形状】 ①シロップ(液体) ②粉薬 ③錠剤 ④坐薬 ⑤塗り薬 ⑥点眼薬 ⑦点耳薬 ⑧点鼻薬 ⑨吸入 ⑩その他()

その他の注意事項(薬の飲ませ方・塗り薬の部位や塗る順番など)

病児保育室における与薬について

お子様のくすりは、保護者に代わって与えることについて、別紙の「与薬依頼書(兼連絡票)」をご提出ください。

1. 市販の薬など、医療機関からの処方薬以外はお預かりできません。
2. 薬を預ける際は、薬とお薬手帳を提出ください。また、薬局からいただく「薬剤情報提供書」もあわせて提出ください。
3. 薬は当日1回分ずつ持参してください。
4. 袋や容器には、お子様の名前を記載してください。
5. 薬の飲ませかた及塗り薬の部位や塗る順番などお知らせ事項がある場合は、与薬依頼書のその他注意事項欄に記載してください。
6. 坐薬など症状を判断して使用する場合は、利用連絡書の指示または当小児科医の指示により行います。