【 薬 の 依 頼 表 】

年　　月　　日

　実施施設長　様

保護者署名

　医師の診察を受けたところ、次のとおり指示がありましたので、与薬を依頼します。

　なお、実施施設に対して与薬についての責任は問いません。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 性別 | 男・女 |
| 児童氏名 |  |
| 処方された病院名 |  | 処方日 |
| 年 　　月 　　日 |
| 与薬依頼日 | 年　　　月　　　日 |
| 薬の内容 | (定期薬) | 種　類 | 時　間 |
| □シロップ(　　　　　種類) | □昼食前 |
| □粉薬(　　　　　種類) | □昼食後 |
| □錠剤(　　　　　種類) | □その他(　　　　　　　　　　　　　) |
| □目薬(　　　　　種類) |  |
| □その他(　　　　　)(　　　　　種類) |  |
| (頓服薬) | □解熱剤(内服 ・ 座薬 ・ その他) (使用の目安：　　　　　℃以上で使用) |
| □抗けいれん剤(内服 ・ 座薬 ・ その他) (使用の目安： 　　　　　　　　　　　) |
|  □その他(　　　　　　　　　　　　) (使用の目安： 　　　　　　　　　　　) |
|  　　　　(　　　　　　　　　　　　) (使用の目安： 　　　　　　　　　　　) |
| 与薬方法 |  □そのまま |
|  □水に溶かす |
|  □その他(　　　　　　　　　　　　) |
| 施設記入欄 | 受領者サイン | 与薬時間・サイン |
|  |  □定期薬(　　　　時　　　　分) ： サイン(　　　　　　　　　) |
|  □頓服薬(　　　　時　　　　分) ： サイン(　　　　　　　　　) |
|  □その他(　　　　時　　　　分) ： サイン(　　　　　　　　　) |

※医師が処方した薬のみ預かります。

※定期薬は、1回分に分け、それぞれに名前を記入してください。

※頓服薬は、1～2回分を持参してください。

※本依頼書、薬、薬剤情報提供書またはお薬手帳を職員に直接渡してください。