

【 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 児 童 氏 名		性別	男・女	
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	
		<input type="checkbox"/> シロップ(種類)	<input type="checkbox"/> 昼食前	
		<input type="checkbox"/> 粉薬(種類)	<input type="checkbox"/> 昼食後	
		<input type="checkbox"/> 錠剤(種類)	<input type="checkbox"/> その他()	
		<input type="checkbox"/> 目薬(種類)		
	<input type="checkbox"/> その他()(種類)			
	(頓服薬)	<input type="checkbox"/> 解熱剤(内服・座薬・その他)(使用の目安: °C以上で使用)		
		<input type="checkbox"/> 抗けいれん剤(内服・座薬・その他)(使用の目安:)		
		<input type="checkbox"/> その他() (使用の目安:)		
		() (使用の目安:)		
与 薬 方 法	<input type="checkbox"/> そのまま			
	<input type="checkbox"/> 水に溶かす			
	<input type="checkbox"/> その他()			
施 設 記 入 欄	受領者サイン	与薬時間・サイン		
		<input type="checkbox"/> 定期薬(時 分) : サイン()		
		<input type="checkbox"/> 頓服薬(時 分) : サイン()		
		<input type="checkbox"/> 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。