

与薬依頼票

保護者記入

【注意事項】

- ・医療機関で、「診療情報提供書兼医師連絡票」に処方内容・投薬方法を記入してもらってください。
- ・処方の変更や追加のある場合は、同じく医師の証明が必要になります。(メモで可)
- ・薬剤情報提供書がある場合には、この与薬依頼票と一緒に持ちください。
- ・薬には一回分ずつ記名し、この与薬依頼票と一緒に施設職員に手渡してください。

20 年 月 日 記入

依頼者	保護者氏名	児童氏名
処方した医療機関名		連絡先 (- -)

薬の種別 (薬の名前)	内容	与薬の方法(用法・用量)	処方日
内服薬① ()	<input type="checkbox"/> 風邪薬 <input type="checkbox"/> 咳上め <input type="checkbox"/> 抗生物質 <input type="checkbox"/> 下痢止め <input type="checkbox"/> その他 ()	時間帯： <input type="checkbox"/> 食前 <input type="checkbox"/> 食中 <input type="checkbox"/> 食後 <input type="checkbox"/> その他 () 用 量：(包・個/1回分)	
内服薬② ()	<input type="checkbox"/> 風邪薬 <input type="checkbox"/> 咳上め <input type="checkbox"/> 抗生物質 <input type="checkbox"/> 下痢止め <input type="checkbox"/> その他 ()	時間帯： <input type="checkbox"/> 食前 <input type="checkbox"/> 食中 <input type="checkbox"/> 食後 <input type="checkbox"/> その他 () 用 量：(包・個/1回分)	
内服薬③ ()	<input type="checkbox"/> 風邪薬 <input type="checkbox"/> 咳上め <input type="checkbox"/> 抗生物質 <input type="checkbox"/> 下痢止め <input type="checkbox"/> その他 ()	時間帯： <input type="checkbox"/> 食前 <input type="checkbox"/> 食中 <input type="checkbox"/> 食後 <input type="checkbox"/> その他 () 用 量：(包・個/1回分)	
塗り薬 ()	<input type="checkbox"/> かゆみ止め <input type="checkbox"/> 化膿止め <input type="checkbox"/> 殺菌消毒 <input type="checkbox"/> その他 ()	回数：(回) その他 () 患部：()	
目薬 ()	<input type="checkbox"/> かゆみ止め <input type="checkbox"/> 化膿止め <input type="checkbox"/> 殺菌消毒 <input type="checkbox"/> その他 ()	回数：(回) その他 () 患部：()	
その他の薬			

注意事項

(実施施設 記入欄)

受領者	受け取り日時・連絡事項等	与薬者	与薬日時