

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"/> 咳止め <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"/> 咳止め <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)	
坐薬 ()	<input type="checkbox"/> 解熱鎮痛 <input type="checkbox"/> 吐き止め <input type="checkbox"/> 気管支拡張 <input type="checkbox"/> 抗菌 <input type="checkbox"/> 痙攣予防薬 <input type="checkbox"/> 下剤	使用するタイミング： 用 量：(個／1回分)	
塗り薬 ()	<input type="checkbox"/> かゆみ止め <input type="checkbox"/> 殺菌消毒 <input type="checkbox"/> 化膿止め <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"/> 殺菌消毒 <input type="checkbox"/> 化膿止め <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	薬の種別	与薬日時