

年 月 日

病児・病後児保育事業 与薬依頼書

フロイデキンダーガルテンひたちなか

保護者氏名

ふりがな 児童氏名		生年月日	年	月	日	生まれ
			(	歳	ヶ月)	
かかりつけ医	医療機関名 () 医師名 ()	連絡先	—	—	—	—
病状 又は症状	☐ 発熱 ☐ 咳 ☐ 鼻汁 ☐ 下痢 ☐ 嘔吐 ☐ 喘鳴 ☐ 発疹					
病名又は具体的な症状						
与薬を依頼 する薬	・薬の種類（具体的な数量を記入してください。） ☐ 粉末 (包) ☐ シロップ (種類) ☐ 外用薬 (個) ☐ はり薬 (個) ☐ その他 ()					
	・薬の内容 ☐ 抗生物質 ☐ 解熱剤 ☐ 咳止め ☐ 鼻水止め ☐ 痰きり ☐ 下痢止め ☐ 外用薬 ()					
	・薬の名前 薬剤名称 () 服用（外用） 時間： ☐ 食前 ☐ 食間 ☐ 食後 ☐ その他 () 方法： ()					
常時服用薬	今回処方された薬以外で服用している薬 ☐ 無 ☐ 有 (薬品名) (服用回数 回／1日) (最終服用時間 時 分)					
保育室 記載欄	受領者氏名 月 日 時 分					
	与薬者氏名 月 日 時 分 与薬 月 日 時 分 与薬					
	与薬時の状況					

- (留意事項)
- 1 薬剤情報提供書がある場合は、この依頼書と一緒に提出してください。
 - 2 与薬はなるべく家庭で行うようにしてください。
 - 3 薬は施設職員に直接手渡ししてください。
 - 4 薬の袋又は容器には、必ず児童氏名をはっきり書いてください。