

与薬依頼書

年 月 日

受領者		確認者	
-----	--	-----	--

お子さま氏名

保護者氏名

診察医師により、保育時間内の投薬が必要であるとの指示がありました。つきましては、別紙の薬剤情報提供書の通り、保護者に代わって与薬を依頼します。

薬1	薬の名前：	粉薬・シロップ・錠剤	与薬時間
		坐薬・貼り薬・外用薬	：
	服用時間：朝・昼・夕（食前・食中・食後） 服用方法： （飲ませ方） 保管場所：室温 ・ 冷蔵庫 ・ その他（ ）	その他（ ）時頃	与薬者サイン

薬2	薬の名前：	粉薬・シロップ・錠剤	与薬時間
		坐薬・貼り薬・外用薬	：
	服用時間：朝・昼・夕（食前・食中・食後） 服用方法： （飲ませ方） 保管場所：室温 ・ 冷蔵庫 ・ その他（ ）	その他（ ）時頃	与薬者サイン

薬3	薬の名前：	粉薬・シロップ・錠剤	与薬時間
		坐薬・貼り薬・外用薬	：
	服用時間：朝・昼・夕（食前・食中・食後） 服用方法： （飲ませ方） 保管場所：室温 ・ 冷蔵庫 ・ その他（ ）	その他（ ）時頃	与薬者サイン

頓用薬	薬の名前：	粉薬・シロップ・錠剤	与薬時間
		坐薬・貼り薬・外用薬	：
	使用目安：朝・昼・夕（食前・食中・食後） 使用方法： 保管場所：室温 ・ 冷蔵庫 ・ その他（ ） ※頓用薬使用时には、保護者様にご連絡し相談の上使用させていただきます。 ※ダイアアップ等のけいれん止めの使用については、 保護者の方と連絡が（ついてから・つかなくても）指示通り使用する	その他（ ）時頃	与薬者サイン

※太枠内をご記入して下さい。

※お薬は1回分を袋または容器に分けてご持参下さい。（シロップも1回分を別容器に入れてご持参下さい。）