# 【薬の依頼表】

株式会社　グランドクロス

ミントリーフ・インターナショナル・プリスクール川崎小田園病後児保育室　施設長　　宛

 年　　　　　　月　　　　　　日

 医師の診察を受けたところ 下記のとおり指示がありましたので、

 与薬を依頼します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 児童名 | 病名及び症状 | 　保護者　　署名 |
|  |
| 処方された病院名 | 処方月日 月 日 |
| 薬の与薬内容 | 内服薬の内容、与薬時間 | 座薬の種類 | その他の薬 |
| 　□シロップ（　　 　種類）　□粉薬（　　　　 　種類）　□錠剤（　　　　 　種類）　□昼食前　　　□昼食後　□指定時刻　（　　　　　　　　　　）　□指定のタイミング　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | 　□熱さまし（　　　　　　℃以上で使用　）　　□抗けいれん薬(　　　　　　　 　　）　□その他（　　　　　　　　 　　　　　　　） |  |
| 　　お薬の飲ませ方 |
| 　□そのまま　　□水に溶かす　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 保育室記載 | 受領者サイン | 投与者サイン | 与薬時間 |
| □使用方法確認 |  | ・内服　　　　　　　　時　　　分　　　 (　昼食　　前　・　後　）・　　　　　　　　　　　時　　　分 |

・お薬は１回分に分け、それぞれに名前を書いてください。

・この表はお薬と薬剤情報提供書またはお薬手帳と一緒に、職員に直接渡してください。