# 【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。