

阿久比町病児・病後児保育事業与薬依頼書

年 月 日

あぐい病児の森 施設長 様

保護者 住 所 _____
 氏 名 _____ (印)
 電話番号 _____

現在処方されているお薬について、保護者に代わり児童に与薬をお願いします。なお、実施施設に対し与薬についての責任は問いません。

児 童 氏 名		生 年 月 日	年 月 日生	性 別	男 ・ 女
---------	--	---------	--------	-----	-------

	薬 品 名 ・ 用 量 ※複数の医療機関で処方されている 場合、まとめて記載してください	薬品の形状 (該当するものに○ をつけてください。)	与 薬 時 間	※実施施設記入欄 (受取確認後氏名記入)	※実施施設記入欄 (与薬後氏名時間記入)
袋1		シロップ(液体) 粉 薬 ・ 錠 剤 その他 ()	食前・食後・その他()		時 分
袋2		シロップ(液体) 粉 薬 ・ 錠 剤 その他 ()	食前・食後・その他()		時 分
袋3		シロップ(液体) 粉 薬 ・ 錠 剤 その他 ()	食前・食後・その他()		時 分
袋4		シロップ(液体) 粉 薬 ・ 錠 剤 その他 ()	食前・食後・その他()		時 分
袋5		シロップ(液体) 粉 薬 ・ 錠 剤 その他 ()	食前・食後・その他()		時 分

◎上記以外で1週間以内に使用したお薬(ダイアップ等)

な し あり(薬名:)

その他の注意事項
