

【薬の依頼表】

株式会社 Lateral Kids

もりのなかま病児保育室北谷町桑江 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	
	<input type="checkbox"/> シロップ(種類) <input type="checkbox"/> 粉薬(種類) <input type="checkbox"/> 錠剤(種類)	<input type="checkbox"/> 熱さまし(°C以上で使用) <input type="checkbox"/> 抗けいれん薬() <input type="checkbox"/> その他()		
	<input type="checkbox"/> 昼食前 <input type="checkbox"/> 昼食後 <input type="checkbox"/> 指定時刻 () <input type="checkbox"/> 指定のタイミング ()	お薬の飲ませ方		
		<input type="checkbox"/> そのまま <input type="checkbox"/> 水に溶かす <input type="checkbox"/> その他()		
保育 室 記載	受領者サイン	投与者サイン	与薬時間	
	<input type="checkbox"/> 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。

----- 切り取り -----

【薬の依頼表】

株式会社 Lateral Kids

もりのなかま 病児・病後児保育 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	薬の内容、与薬時間	座薬の種類	その他の薬	
	<input type="checkbox"/> シロップ(種類) <input type="checkbox"/> 粉薬(種類) <input type="checkbox"/> 錠剤(種類)	<input type="checkbox"/> 熱さまし(°C以上で使用) <input type="checkbox"/> 抗けいれん薬() <input type="checkbox"/> その他()		
	<input type="checkbox"/> 昼食前 <input type="checkbox"/> 昼食後 <input type="checkbox"/> 指定時刻 () <input type="checkbox"/> 指定のタイミング ()	お薬の飲ませ方		
		<input type="checkbox"/> そのまま <input type="checkbox"/> 水に溶かす <input type="checkbox"/> その他()		
保育 室 記載	受領者サイン	投与者サイン	与薬時間	
	<input type="checkbox"/> 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。