

東浦町病児・病後児保育事業与薬依頼書

下記のとおり保護者に代わり児童に与薬（当日分）をお願いします。

児童氏名 _____

【保護者記入】

※薬剤提供書がある場合は一緒にお持ちください。

	薬 名	内 容	服薬時間	保 管	飲ませ方	注意事項	与薬時間 与薬者 (与薬確認)
1		1 かぜ薬（粉薬・水薬） 2 抗生物質 3 解熱剤 4 咳止め 5 下痢止め 6 塗り薬 7 点眼薬 8 その他（ ）	1 食後 2 その他 （ ）	1 常温 2 冷蔵庫 3 その他 （ ）			
2		1 かぜ薬（粉薬・水薬） 2 抗生物質 3 解熱剤 4 咳止め 5 下痢止め 6 塗り薬 7 点眼薬 8 その他（ ）	1 食後 2 その他 （ ）	1 常温 2 冷蔵庫 3 その他 （ ）			
3		1 かぜ薬（粉薬・水薬） 2 抗生物質 3 解熱剤 4 咳止め 5 下痢止め 6 塗り薬 7 点眼薬 8 その他（ ）	1 食後 2 その他 （ ）	1 常温 2 冷蔵庫 3 その他 （ ）			
4		1 かぜ薬（粉薬・水薬） 2 抗生物質 3 解熱剤 4 咳止め 5 下痢止め 6 塗り薬 7 点眼薬 8 その他（ ）	1 食後 2 その他 （ ）	1 常温 2 冷蔵庫 3 その他 （ ）			
5		1 かぜ薬（粉薬・水薬） 2 抗生物質 3 解熱剤 4 咳止め 5 下痢止め 6 塗り薬 7 点眼薬 8 その他（ ）	1 食後 2 その他 （ ）	1 常温 2 冷蔵庫 3 その他 （ ）			

【事業所記入】

薬剤情報提供書 あり・なし

年 月 日 受領者サイン _____