

※スタッフ到着前に保護者の方がご記入ください。

おくすり依頼書

NPO法人はんどいんど御中

利用日 年 月 日

児童名		受診病院	
-----	--	------	--

※本おくすり依頼書の記載の通り、保育時間内の与薬を依頼します。

保護者氏名:

※おくすり依頼書の記載を最優先し、おくすり依頼書の記載に基づいて与薬します。

※当依頼書とは別にお薬手帳や薬剤情報提供書をご準備ください。

※頓服薬の使用については、必ず親御さんにお電話にてご相談の上使用させていただきます。

お預かり中に使用するお薬についての情報をお薬ごとにご記入ください。

お薬 ①	薬の名前: (処方年月日: 年 月 日)
	粉薬・シロップ・座薬・貼り薬・外用薬・その他
	抗生物質・咳止め・鼻水止め・痰切り・下痢止め・その他()
	食前・食間・食後・その他()
与薬時間: 朝 昼 夕 その他()	
飲ませ方:	
お薬 ②	薬の名前: (処方年月日: 年 月 日)
	粉薬・シロップ・座薬・貼り薬・外用薬・その他
	抗生物質・咳止め・鼻水止め・痰切り・下痢止め・その他()
	食前・食間・食後・その他()
与薬時間: 朝 昼 夕 その他()	
飲ませ方:	
お薬 ③	薬の名前: (処方年月日: 年 月 日)
	粉薬・シロップ・座薬・貼り薬・外用薬・その他
	抗生物質・咳止め・鼻水止め・痰切り・下痢止め・その他()
	食前・食間・食後・その他()
与薬時間: 朝 昼 夕 その他()	
飲ませ方:	
屯用 薬	薬の名前: (処方年月日: 年 月 日)
	粉薬・シロップ・座薬・貼り薬・外用薬・その他()
	解熱剤・けいれん止め・下痢止め・吐き気止め・その他()
	使用目安
飲ませ方:	

※ダイアブ等けいれん止めの使用については、親御さんと連絡が(ついてから/つかなくても)指示通り使用する。