

# 与薬依頼書

医師から与薬の指示がありましたので、事業所での投薬支援をお願いします。

令和 年 月 日 記入

保護者氏名

緊急連絡先 TEL

児童氏名		利用事業所名	
受診日		病院名	
病名(症状)			
内容 風邪薬・抗生物質・咳止め・整腸剤・痛み止め・咳止め・吐き気止め アレルギー薬・胃薬・その他( )			
形状	内服薬	粉 ・ 液体(シロップ) ・ 錠剤	
	外用薬	軟膏/クリーム(塗る部分 ) 点眼薬( 右 ・ 左 ・ 両眼 ) 点鼻薬( 右 ・ 左 ・ 両鼻腔 ) 点耳薬( 右 ・ 左 ・ 両耳 ) 坐薬(薬名 ) 吸入薬(薬名 ) テープ/パッチ(貼る部位 )	
薬の数(1回分)		( 包 ・ 錠 ・ 回 ・ 滴 ・ 枚 )	
時間		昼食前 ・ 昼食後 ・ 食間 ・ 指定時間( 時 分 ) その他(具体的に )	
保管方法		常温 ・ 冷蔵庫 ・ その他( )	
その他連絡事項		飲ませ方等、注意することがあればお知らせください。	

事業所	月日(曜日)	月 日( )	月 日( )	月 日( )	月 日( )
	受領者サイン				
	与薬者サイン				
	与薬時間・実施状況	時 分 ・完全に実施 ・その他( )	時 分 ・完全に実施 ・その他( )	時 分 ・完全に実施 ・その他( )	時 分 ・完全に実施 ・その他( )
保護者確認サイン					

与薬終了【 月 日 : 保護者サイン 】