

キッズケアルーム 与薬依頼票

申し込み日	令和 () 年 () 月 () 日			
入室児のお名前		年齢	() 才 () ヶ月	体重 () kg

本日の家庭での薬の使用	<input type="checkbox"/> 処方なし			
	<input type="checkbox"/> 処方されているが服用していない			
	<input type="checkbox"/> あり	種 類		使用した時間
		<input type="checkbox"/> 吉川医院処方 <input type="checkbox"/> 他院処方 <input type="checkbox"/> 市販薬	<input type="checkbox"/> 水薬 <input type="checkbox"/> 粉薬 <input type="checkbox"/> 錠剤 <input type="checkbox"/> 解熱剤 <input type="checkbox"/> その他 ()	: : : : :
※他院での処方薬や市販薬を服用されている場合は医師にお伝えください。(医師の確認あり・なし)				

本日の保育時間中の薬の服用	<input type="checkbox"/> なし			
	<input type="checkbox"/> あり	種 類	時 間	飲ませ方等気をつけることがあればご記入ください
		<input type="checkbox"/> 水薬 <input type="checkbox"/> 粉薬 <input type="checkbox"/> 錠剤	<input type="checkbox"/> 午前中 <input type="checkbox"/> 昼食後 <input type="checkbox"/> 15時頃 <input type="checkbox"/> その他 ()	
※お薬は1回分を持ってきてください。(水薬も容器に小分けして名前の記入をお願いします。)				

本日の保育時間中の外用薬の使用	<input type="checkbox"/> なし			
	<input type="checkbox"/> あり	種 類	時 間	気をつけることがあればご記入ください
		<input type="checkbox"/> 塗布 <input type="checkbox"/> 点眼 <input type="checkbox"/> 点鼻 <input type="checkbox"/> その他	: : : :	

本日の解熱剤の持参	<input type="checkbox"/> なし	体調により保育室での使用が必要となった場合 <input type="checkbox"/> 使用する1回分の処方を希望 <input type="checkbox"/> 持ち帰り分含めて複数回分の処方を希望
	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 座薬 <input type="checkbox"/> 粉薬 <input type="checkbox"/> 水薬
本日のダイアアップ座薬 (抗けいれん座薬)の持参	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	() °C以上での使用を希望

当医院医師・看護師・保育士が責任を持って大切なお子様をお預かりいたします。
 下記の件についてご了承下さい。

☆病状によっては医師の指示により薬の追加や変更をする場合があります。(解熱剤、点滴等)

☆病状によってはお迎えをお願いする事があります。

☆病状が急変した場合は保護者様にご連絡しますが、万が一ご連絡がつかない場合は医師の判断により他の病院へ搬送する事があります。

保護者承諾署名欄

令和 () 年 () 月 () 日 保護者名 ()