

与薬依頼 兼 薬剤確認書

依頼保護者

氏名 _____

お子さんの

お名前 _____

利用日 年 月 日 ~ 月 日

□利用初日に提出下さい

□薬は1包ごと 名前記入をお願いします。

□お薬手帳 又は 処方薬説明書 ご持参ください。

□ご兄弟の薬は不可。対象のお子さんに処方された薬をお持ちください。

薬	あり なし	薬剤名	1回量 (包・個)	受け取り確認 サイン	与薬者サイン 及び与薬時間
*昼食時	<input type="checkbox"/> あり	①	①		
	<input type="checkbox"/> なし	②	②		
*屯用薬 解熱剤	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		mg 包・ 個		
*屯用薬 座薬	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		mg 個		
その他	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし				

屯用薬 使用について：解熱剤は38.5℃以上の時、お子さんの様子にあわせて
こちらで判断させていただきます。

※今までに『熱性けいれん』の症状がでたお子さんはあらためてお知らせください。

記載欄 (薬について保育者に伝えたいことがありましたら書いて下さい)