

与薬依頼書

利用日： 20 年 月 日

お子様の氏名	
--------	--

受領者サイン	
--------	--

本紙ならびに薬剤情報提供書またはお薬手帳の控えの通り、保護者に代わって与薬をお願い致します。
また、下記のチェック項目が全て満たされていることに相違ありません。(☑を入れて下さい)

- 医師から処方されたお薬である
 初めて服用するお薬ではない
 お薬には日付・お子様の名前・番号・服用時間が記載されている
(お薬に記入が難しい場合は、別途詳細を添付してください)
 1回分の分量である(点眼薬・軟膏以外)

保護者氏名： _____

お薬①	お薬の名前： 処方年月日： 年 月 日 服用時間： 朝・昼・夕 (食前・食中・食後) その他 (時頃) 服用方法： (飲ませ方) 保管場所： 室温 ・ 冷蔵庫 ・ その他 ()	粉薬・シロップ・錠剤 坐薬・貼り薬・外用薬	与薬時間	:
			与薬者サイン	
			備考	

お薬②	お薬の名前： 処方年月日： 年 月 日 服用時間： 朝・昼・夕 (食前・食中・食後) その他 (時頃) 服用方法： (飲ませ方) 保管場所： 室温 ・ 冷蔵庫 ・ その他 ()	粉薬・シロップ・錠剤 坐薬・貼り薬・外用薬	与薬時間	:
			与薬者サイン	
			備考	

お薬③	お薬の名前： 処方年月日： 年 月 日 服用時間： 朝・昼・夕 (食前・食中・食後) その他 (時頃) 服用方法： (飲ませ方) 保管場所： 室温 ・ 冷蔵庫 ・ その他 ()	粉薬・シロップ・錠剤 坐薬・貼り薬・外用薬	与薬時間	:
			与薬者サイン	
			備考	

お薬④ 頓用薬	お薬の名前： 処方年月日： 年 月 日 使用目安： 使用方法： 保管場所： 室温 ・ 冷蔵庫 ・ その他 () ※頓用薬使用時には、保護者様にご連絡し相談の上使用させていただきます ※ダイアアップなどけいれん止めの使用については、 保護者の方と連絡が(ついてから/つかなくても)指示通り使用する	粉薬・錠剤・坐薬 その他 ()	与薬時間	:
			与薬者サイン	
			備考	

※お預かりした薬の投与によって生じる反応・副反応等については一切の責任を負いません。

※お預かりした薬をお子様嫌がるなどで内服できなかった場合に関して、その後の様態の変化等について責任を負いません。