

知多市病児・病後児保育事業与薬依頼書

年 月 日

別紙薬剤情報提供書又はお薬手帳の控えのとおり、保護者に代わり児童に与薬をお願いします。  
 なお、事業実施者に対して与薬についての責任は問いません。

依頼者：保護者氏名

児童氏名

	薬品名	用量	薬品の形状 (下から選択、①～⑩を記入ください)	与薬時間 (臨時の場合は、詳細の内容をその他の注意事項に記載してください。)	受付者記入欄 (確認後氏名記入)	与薬者記入欄 (与薬後氏名時間記入)
1				食前 ・ 食後 ・ 食間 ・ 臨時		時 分
2				食前 ・ 食後 ・ 食間 ・ 臨時		時 分
3				食前 ・ 食後 ・ 食間 ・ 臨時		時 分
4				食前 ・ 食後 ・ 食間 ・ 臨時		時 分
5				食前 ・ 食後 ・ 食間 ・ 臨時		時 分

【薬品の形状】 ① シロップ（液体） ② 粉薬 ③ 錠剤 ④ 塗り薬 ⑤ 点眼薬  
 ⑥ 点耳薬 ⑦ 点鼻薬 ⑧ 吸入 ⑨ その他（ ）

その他の注意事項： 薬の飲ませ方・塗り薬の部位や塗る順番など