

与薬依頼書 [Medication Form] 提出先: キッズハート白山 提出日 20 年 月 日

園児氏名(ローマ字記入): _____ 園児生年月日 20 年 月 日

与薬日	年 月 日 ~ 月 日 (1・2・3・4・5 日間 *土日含め最長5日間)	
病名(症状)		
薬処方 医療機関名	TEL: _____ (担当医氏名 _____)	
体調	体温 _____ °C	食欲: 有り・普通・無し
	吐き気: 有り・無し	昨夜の睡眠: 多め・普通・少なめ
	排便: 固い・普通・軟らかい・下痢 回数 ()	
薬の内容	咳どめ・下痢止め・風邪薬・痒み止め・その他 ()	
薬の数	1回分で () 種類	薬の保管: 室温・冷蔵庫・その他 ()
薬の量	包/ 錠/ ml/ 滴/その他 ()	
薬の種類	粉末・シロップ・錠剤・点眼薬・ぬり薬・その他 ()	
与薬時間	飲み薬	1回目の時間: 2回目の時間:
	塗布薬	患部: 時間: 回数: 上記時間のみ・1日 _____回まで・1日何回でも
	点眼薬	患部: 右目・左目 点眼時間:
注意事項 <small>有る場合は詳しく記入をお願いします</small>		

- 与薬はなるべく家庭で行い、やむを得ない場合のみ受け付けます。
- 薬は直接スタッフに手渡して下さい。手渡しでない場合は、与薬ができないことがありますのでご承知下さい。
- 全ての薬の袋または容器には必ず名前をはっきり書いて下さい。(英語で記名)
- 与薬の回数(量)は必ず一回分をお願いします。水薬は一回分の容器にしてご持参下さい。
- この用紙は与薬期間(最長土日を含む5日間分)使用します。
- 与薬依頼書使用後は園側で回収し、保管しますので必ず戻して下さい(保管期間は3ヵ月となります)

この与薬依頼書によって与薬した結果についての責任は、弊社側でないことを承認します。

保護者氏名 _____

* Kids Heart 記入欄 (上記記入漏れがないか全て保護者と確認) 受け取り者 _____

投薬日(date)	投薬時間(time)	投薬量(amount)	投薬者名(name)	投薬確認者名(witness)