

# 与薬依頼書（病児保育用）

下記の薬について、与薬を依頼します。

保護者氏名 \_\_\_\_\_ 印  
 児童氏名 \_\_\_\_\_

処方日：平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

病名： \_\_\_\_\_ 医療機関名： \_\_\_\_\_

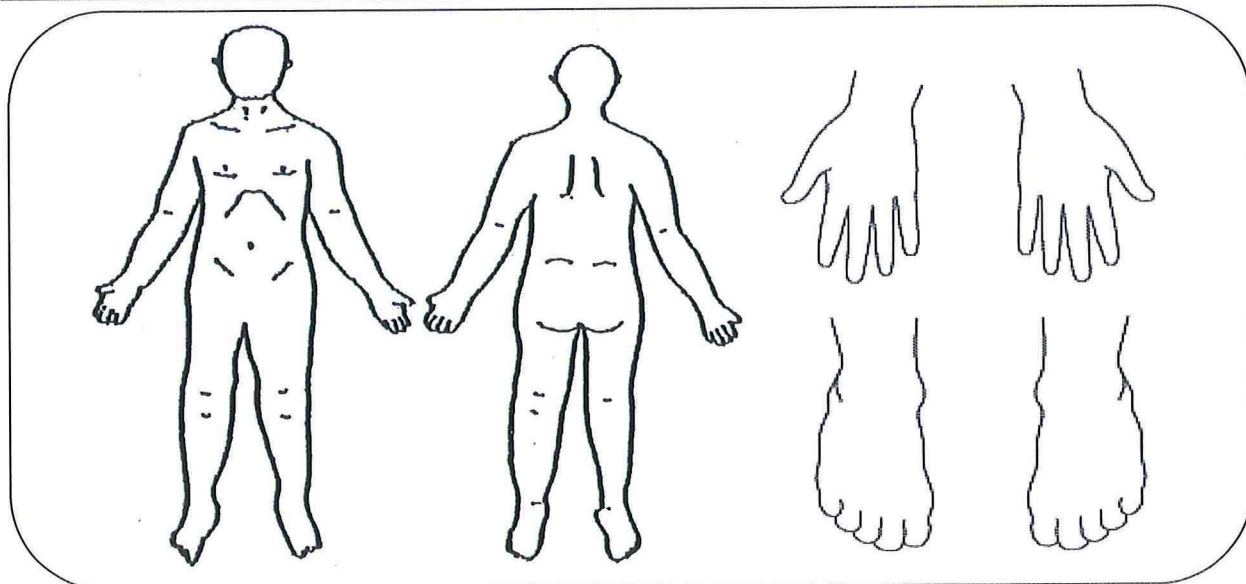
薬剤名及び与薬方法

内服薬	薬の内容	<input type="checkbox"/> かぜ薬（鼻水・咳・たん） <input type="checkbox"/> 抗生物質 <input type="checkbox"/> 整腸剤 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）		
	形状	<input type="checkbox"/> シロップ（液体）	<input type="checkbox"/> 粉薬	<input type="checkbox"/> 錠剤
	量	1回に _____ cc 種類	1回に _____ 包 種類	1回に _____ 錠 種類
	方法	<input type="checkbox"/> スポイト <input type="checkbox"/> スプーン その他（ _____ ）	<input type="checkbox"/> そのまま飲む <input type="checkbox"/> 水に溶く その他（ _____ ）	<input type="checkbox"/> そのまま飲む <input type="checkbox"/> 水に溶く その他（ _____ ）
	時間	<input type="checkbox"/> 食前 <input type="checkbox"/> 食後	<input type="checkbox"/> 食前 <input type="checkbox"/> 食後	<input type="checkbox"/> 食前 <input type="checkbox"/> 食後
頓用薬	薬の内容	<input type="checkbox"/> 解熱剤 _____ °C以上で使用（最終使用は _____ °Cで _____ 月 _____ 日 _____ 時頃） <input type="checkbox"/> 咳がひどい時 <input type="checkbox"/> けいれんの時 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）		
	形状	<input type="checkbox"/> シロップ	<input type="checkbox"/> 粉薬・錠剤	<input type="checkbox"/> 座薬
	量	1回に _____ cc	1回に _____ 包または錠	1回に _____ 個
	方法	<input type="checkbox"/> スポイト <input type="checkbox"/> スプーン	<input type="checkbox"/> そのまま <input type="checkbox"/> 水に溶く	

外用薬	薬の内容	<input type="checkbox"/> 抗生物質 <input type="checkbox"/> ステロイド <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）			
	種類	点眼薬	点耳薬	点鼻薬	軟膏
	量と部位	1回に _____ 種類 右・左・両方	1回に _____ 種類 右・左・両方	1回に _____ 種類 右・左・両方	1回に _____ 種類 ※部位は下図に記載

軟膏の部位と塗り方（下図に、症状のある箇所・症状の出やすい箇所を○や斜線で記載）

塗る部位	薬剤名	塗り方の手順
①		
②		



Ns 受け印  
/