登録番号（　　　　－　　　　）

**与薬依頼票**

年　　月　　日

　主治医と相談の結果、医師の指示により、基山町病後児保育事業での保育時間における与薬が必要となりました。ついては、保護者の責任において、与薬の依頼をします。

該当する項目に「○」又は文章で記入してください。　薬剤受付職員名

|  |  |
| --- | --- |
| 児童氏名 |  |
| 病　名 |  |
| 医療機関名 |  | 薬剤処方日 | 年　　月　　日 |
|  | ① | ② | ③ |
| 薬品名 |  |  |  |
| 薬の形態 | 粉薬 ・ 錠剤 ・ 水薬他（　 　　 　　） | 粉薬 ・ 錠剤 ・ 水薬他（　 　　 　　） | 粉薬 ・ 錠剤 ・ 水薬他（　　 　　　） |
| 与薬日 | 　年　　月　　日の分 | 　年　　月　　日の分 | 　年　　月　　日の分 |
| 与薬回数 |  |  |  |
| 予薬時間 | 食前 ・ 食後 ・ 食間いつ（　　　　時頃） | 食前 ・ 食後 ・ 食間いつ（　　　　時頃） | 食前 ・ 食後 ・ 食間いつ（　　　　時頃） |
| 予薬方法 | そのまま飲ませる・水に溶く・砕く | そのまま飲ませる・水に溶く・砕く | そのまま飲ませる・水に溶く・砕く |
| 特記事項 |  |  |  |

上記の行為におきまして、何らかの新たな問題が生じたとしても、町の病後児保育事業に対して一切の責任は問いません。

　上記に同意します。

保護者氏名　　　　　　　　　　　　　　印

|  |
| --- |
| **与薬報告書**年　　月　　日　　　　　　　　児童名　　　　　　　　　　　　　薬品名（　　　　　）は、職員（　　　　　）が（　　時　　分）に与薬しました。薬品名（　　　　　）は、職員（　　　　　）が（　　時　　分）に与薬しました。薬品名（　　　　　）は、職員（　　　　　）が（　　時　　分）に与薬しました。基山町病後児保育事業 |