

与薬依頼書

病児保育・一時保育 オハナ☆キッズケア施設長 宛

持参薬は、初めて使用する薬ではありません。お薬手帳の通り、本日の与薬を依頼します。
また、本依頼による与薬を行った場合の結果について、貴施設に一切の責任を問いません。

利用日	お子様氏名	保護者氏名
20 年 月 日		

<input type="checkbox"/> 初めて使用する薬ではありません お薬① (年 月 日 処方)		スタッフ 記入
薬剤名	<input type="checkbox"/> 常温 <input type="checkbox"/> 冷所 お薬手帳の名称通りに記入をお願いします。	受領者 看護師
形状と 使用量	<input type="checkbox"/> 粉 1包 <input type="checkbox"/> シロップ 1回量 <input type="checkbox"/> 座薬 () 個 <input type="checkbox"/> 軟膏 (部位:) に (使用量目安: 例: 2cm程度) <input type="checkbox"/> 点眼 (<input type="checkbox"/> 右眼 <input type="checkbox"/> 左眼 <input type="checkbox"/> 両眼) に () 滴 <input type="checkbox"/> その他 ()	与薬者
与薬の タイミング	<input type="checkbox"/> 昼食後 <input type="checkbox"/> 時間指定 (時頃) <input type="checkbox"/> その他 (具体的に:) 【解熱剤・抗けいれん薬などの頓用薬】以下該当の方のみ <input type="checkbox"/> () °C以上で (どのような状態:) の時 頓用薬の使用前にご連絡します。連絡がつかない場合与薬後の連絡となります。	与薬時間 :
与薬方法 ※具体的に	例:スプーン1杯程度の水に溶く、シロップをスポイトで飲む、清浄綿で拭き取り点眼する、軟膏は薄く伸ばして塗る、など	<input type="checkbox"/> 未使用 返却者

<input type="checkbox"/> 初めて使用する薬ではありません お薬② (年 月 日 処方)		スタッフ 記入
薬剤名	<input type="checkbox"/> 常温 <input type="checkbox"/> 冷所 お薬手帳の名称通りに記入をお願いします。	受領者 看護師
形状と 使用量	<input type="checkbox"/> 粉 1包 <input type="checkbox"/> シロップ 1回量 <input type="checkbox"/> 座薬 () 個 <input type="checkbox"/> 軟膏 (部位:) に (使用量目安: 例: 2cm程度) <input type="checkbox"/> 点眼 (<input type="checkbox"/> 右眼 <input type="checkbox"/> 左眼 <input type="checkbox"/> 両眼) に () 滴 <input type="checkbox"/> その他 ()	与薬者
与薬の タイミング	<input type="checkbox"/> 昼食後 <input type="checkbox"/> 時間指定 (時頃) <input type="checkbox"/> その他 (具体的に:) 【解熱剤・抗けいれん薬などの頓用薬】以下該当の方のみ <input type="checkbox"/> () °C以上で (どのような状態:) の時 頓用薬の使用前にご連絡します。連絡がつかない場合与薬後の連絡となります。	与薬時間 :
与薬方法 ※具体的に	例:スプーン1杯程度の水に溶く、シロップをスポイトで飲む、清浄綿で拭き取り点眼する、軟膏は薄く伸ばして塗る、など	<input type="checkbox"/> 未使用 返却者



持参は**1回分のみ**、薬に**番号と名前**を記入

※ シロップも1回分を密閉できる容器でご持参ください。

※ 左の図のように番号を①から順に振ってください。

※ 3つ以上お薬持参の場合、2枚目の用紙を用意し番号を書き換えてご使用下さい。

※ 服薬の為の水はご持参ください。

与薬依頼書

病児保育・一時保育 オハナ★キッズケア 施設長宛

持参薬は、初めて使用する薬ではありません。お薬手帳の通り、本日の与薬を依頼します。
また、本依頼による与薬を行った場合の結果について、貴施設に一切の責任を問いません。

利用日 20 24 年 4 月 1 日	お子様氏名 オハナ 花子	保護者氏名 オハナ 太郎
------------------------	-----------------	-----------------

<input checked="" type="checkbox"/> 初めて使用する薬ではありません お薬① (2024年3月29日 処方)		スタッフ 記入
薬剤名 必ず飲んだことのあるお薬	<input type="checkbox"/> 常温 <input checked="" type="checkbox"/> 冷所 カルボシステインシロップ5% アンブロキシソール塩酸塩シロップ小児用0.3% お薬手帳の名称通りに記入をお願いします。	受領者 看護師
形状と 使用量	<input type="checkbox"/> 粉1包 <input checked="" type="checkbox"/> シロップ 1回量 <input type="checkbox"/> 座薬 () 個 <input type="checkbox"/> 軟膏 (部位:) に (使用量目安: 例: 2cm程度) <input type="checkbox"/> 点眼 (<input type="checkbox"/> 右眼 <input type="checkbox"/> 左眼 <input type="checkbox"/> 両眼) に () 滴 <input type="checkbox"/> その他 ()	
与薬の タイミング	<input checked="" type="checkbox"/> 昼食後 <input type="checkbox"/> 時間指定 (時頃) <input type="checkbox"/> その他 (具体的に:) 【解熱剤・抗けいれん薬などの頓用薬】以下該当の方のみ <input type="checkbox"/> () °C以上で (どのような状態:) の時 頓用薬の使用前にご連絡します。連絡がつかない場合与薬後の連絡となります。	与薬者 与薬時間 :
与薬方法 ※具体的に	容器から持参のコップに移して飲む。 家で飲み慣れた方法を具体的に記入	<input type="checkbox"/> 未使用 返却者

<input checked="" type="checkbox"/> 初めて使用する薬ではありません お薬② (2024年3月29日 処方)		スタッフ 記入
薬剤名	<input checked="" type="checkbox"/> 常温 <input type="checkbox"/> 冷所 カロナール細粒20% お薬手帳の名称通りに記入をお願いします。 以前もらった薬はその処方日を記入	受領者 看護師
形状と 使用量	<input checked="" type="checkbox"/> 粉1包 <input type="checkbox"/> シロップ 1回量 <input type="checkbox"/> 座薬 () 個 <input type="checkbox"/> 軟膏 (部位:) に (使用量目安: 例: 2cm程度) <input type="checkbox"/> 点眼 (<input type="checkbox"/> 右眼 <input type="checkbox"/> 左眼 <input type="checkbox"/> 両眼) に () 滴 <input type="checkbox"/> その他 医師の指示があれば具体的な使用目安を記入	
与薬の タイミング	<input type="checkbox"/> 昼食後 <input type="checkbox"/> 時間指定 (時頃) <input type="checkbox"/> その他 (具体的に:) 【解熱剤・抗けいれん薬などの頓用薬】以下該当の方のみ <input checked="" type="checkbox"/> (38.5) °C以上で (どのような状態: ぐったりして元気がない) の時 頓用薬の使用前にご連絡します。連絡がつかない場合与薬後の連絡となります。	与薬者 与薬時間 :
与薬方法 ※具体的に	持参のコップに入れ、スプーン1杯程度の水で溶いて飲む。	<input type="checkbox"/> 未使用 返却者



持参は1回分のみ、薬に番号と名前を記入

※ シロップも1回分を密閉できる容器でご持参ください。

※ 左の図のように番号を①から順に振ってください。

※ 3つ以上お薬持参の場合、2枚目の用紙を用意し番号を書き換えてご使用下さい。

※ 服薬の為の水はご持参ください。

重要！！
必ずご一読ください！！

容器に直接記入できない場合は
付箋などに記入し貼り付けOK