

《 薬投与依頼書 》

医師の指示により薬を投与させる必要がありますので、保護者に代わり投与をお願いします。

依頼者 (保護者)		児童の名前	
--------------	--	-------	--

薬名			
薬の種類	<input type="checkbox"/> 粉薬 <input type="checkbox"/> シロップ <input type="checkbox"/> 錠剤 <input type="checkbox"/> その他 ()		
保管方法	<input type="checkbox"/> 室温 <input type="checkbox"/> 冷蔵庫 <input type="checkbox"/> その他 ()		
いつ	<input type="checkbox"/> 昼食前 <input type="checkbox"/> 昼食後 <input type="checkbox"/> その他 ()		
備考			

施設記入	投与時間	月 日 時 分	月 日 時 分	月 日 時 分	月 日 時 分	月 日 時 分
	投与者					
	確認者					

受付確認者

薬名	(とんぷく) (座薬 ・ 飲薬)		
いつ	<input type="checkbox"/> 発熱 (°C以上) <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> その他 ()		
薬名	(とんぷく) (座薬 ・ 飲薬)		
いつ	<input type="checkbox"/> 発熱 (°C以上) <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> その他 ()		
投与を	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> なるべく希望しない		
使用時の連絡	<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要		
備考			

施設記入	投与時間	月 日 時 分	月 日 時 分	月 日 時 分	月 日 時 分	月 日 時 分
	投与者					
	確認者					

受付確認者