

## 江東区病児・病後児保育事業 与薬依頼書 (処方薬を飲ませて欲しい方のみご記入ください。)

児童	<small>フリガナ</small> 氏名  (愛称 )	登録番号
	性別 男・女	生年月日 平成 年 月 日

※薬剤提供情報をご提出ください

**持参したくすりは、 年 月 日に処方された 日分のうちの本日分**

<b>薬品名①</b>					
形状	<input type="checkbox"/> 粉 <input type="checkbox"/> 液 (シロップ) <input type="checkbox"/> 外用薬 [ <input type="checkbox"/> 軟膏 <input type="checkbox"/> 点眼薬 <input type="checkbox"/> その他 ( ) ] <input type="checkbox"/> その他 ( )				
内容	<b>※調剤情報提供書がある場合は記載不要</b> <input type="checkbox"/> 抗生物質 <input type="checkbox"/> 咳止め <input type="checkbox"/> 下痢止め <input type="checkbox"/> かぜ薬 <input type="checkbox"/> かゆみ止め <input type="checkbox"/> 保湿剤 <input type="checkbox"/> 結膜炎 <input type="checkbox"/> その他 ( )				
使用時間	<input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼食前 ( ) 分 <input type="checkbox"/> 昼食後 ( ) 分 <input type="checkbox"/> ( ) 時頃 <input type="checkbox"/> 必要に応じて (具体的に: )				
使用量	m l ・包/回	保管方法	<input type="checkbox"/> 室温 <input type="checkbox"/> 冷蔵庫		
<b>薬品名②</b>					
形状	<input type="checkbox"/> 粉 <input type="checkbox"/> 液 (シロップ) <input type="checkbox"/> 外用薬 [ <input type="checkbox"/> 軟膏 <input type="checkbox"/> 点眼薬 <input type="checkbox"/> その他 ( ) ] <input type="checkbox"/> その他 ( )				
内容	<b>※調剤情報提供書がある場合は記載不要</b> <input type="checkbox"/> 抗生物質 <input type="checkbox"/> 咳止め <input type="checkbox"/> 下痢止め <input type="checkbox"/> かぜ薬 <input type="checkbox"/> かゆみ止め <input type="checkbox"/> 保湿剤 <input type="checkbox"/> 結膜炎 <input type="checkbox"/> その他 ( )				
使用時間	<input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼食前 ( ) 分 <input type="checkbox"/> 昼食後 ( ) 分 <input type="checkbox"/> ( ) 時頃 <input type="checkbox"/> 必要に応じて (具体的に: )				
使用量	m l ・包/回	保管方法	<input type="checkbox"/> 室温 <input type="checkbox"/> 冷蔵庫		
<b>薬品名③</b>					
形状	<input type="checkbox"/> 粉 <input type="checkbox"/> 液 (シロップ) <input type="checkbox"/> 外用薬 [ <input type="checkbox"/> 軟膏 <input type="checkbox"/> 点眼薬 <input type="checkbox"/> その他 ( ) ] <input type="checkbox"/> その他 ( )				
内容	<b>※調剤情報提供書がある場合は記載不要</b> <input type="checkbox"/> 抗生物質 <input type="checkbox"/> 咳止め <input type="checkbox"/> 下痢止め <input type="checkbox"/> かぜ薬 <input type="checkbox"/> かゆみ止め <input type="checkbox"/> 保湿剤 <input type="checkbox"/> 結膜炎 <input type="checkbox"/> その他 ( )				
使用時間	<input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼食前 ( ) 分 <input type="checkbox"/> 昼食後 ( ) 分 <input type="checkbox"/> ( ) 時頃 <input type="checkbox"/> 必要に応じて (具体的に: )				
使用量	m l ・包/回	保管方法	<input type="checkbox"/> 室温 <input type="checkbox"/> 冷蔵庫		

<b>解熱剤</b> <small>(使用する方は記入)</small>	解熱剤名				
	形状	<input type="checkbox"/> 粉 <input type="checkbox"/> 液 (シロップ) <input type="checkbox"/> 坐薬 <input type="checkbox"/> その他 ( )			
	使用量	m l ・包/回	使用間隔		
	使用の連絡	<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 必要ない		保管方法	<input type="checkbox"/> 室温 <input type="checkbox"/> 冷蔵庫

服薬方法	飲ませ方	<input type="checkbox"/> そのまま <input type="checkbox"/> 少量の水に溶いて <input type="checkbox"/> シロップ薬に混ぜて <input type="checkbox"/> ( ) に混ぜて			
	使用器具	<input type="checkbox"/> スプーンで <input type="checkbox"/> スポイトで <input type="checkbox"/> 薬杯で <input type="checkbox"/> その他 ( )			

注意事項	
------	--