

◎家庭からの連絡票			利用()日目	年	月	日
ふりがな		男	生年月日			体重
利用者氏名		女	平成・令和	年	月	日
食物アレルギー	有()・無	熱性痙攣の既往			有・無	kg
緊急連絡先	① 父・母・祖父・祖母・その他()					
	氏名	電話番号				
緊急連絡先	② 父・母・祖父・祖母・その他()					
	氏名	電話番号				
お迎え	時 分	迎えの方	①・②・その他()			続柄: ()
発症日	/ /	受診日	/ /	は初日のみ記入		
○当てはまる症状に○を付けて下さい						
発熱・咳・鼻水・嘔吐・下痢・食欲不振・水分摂取不良						
発疹(部位:)・その他()						
○睡眠時間 (時 分頃 ~ 時 分頃)						
○今朝の内服時間 (時 分頃)						
○解熱剤を使用した場合の最終時間 (昨日・今日の 時 分頃)						
○その他お薬の最終時間						
吸入・嘔気止め・その他() (昨日・今日の 時 分頃)						
★次回の予約 月 日・利用しません						

◎与薬依頼書			
薬剤情報提供書のとおり、保護者に代わり与薬をお願いします。			
なお、病児保育室に与薬の責任は問いません。 保護者 署名			
薬品形状	薬品名	用量(1回)	与薬時間
①	シロップ	ml	食前・食後
	粉 吸入	包	発熱時・嘔気時
	錠剤 坐薬	錠	咳込み時
	軟膏	個	他()
②	シロップ	ml	食前・食後
	粉 吸入	包	発熱時・嘔気時
	錠剤 坐薬	錠	咳込み時
	軟膏	個	他()
③	シロップ	ml	食前・食後
	粉 吸入	包	発熱時・嘔気時
	錠剤 坐薬	錠	咳込み時
	軟膏	個	他()

{保育室記入}

依頼書のとおり与薬致しました。

薬品	投薬時間	サイン

注意事項

- ・薬袋や容器には必ず記名をし、1回分を持参して下さい。
- ・ただし、頓服薬は症状に合わせて持参いただいで結構です。
- ・市販薬はお預かりできません。
- ・お薬手帳が薬剤情報提供書を必ず一緒に提出して下さい。
- ・吸入が必要な場合は、必ず吸入器を持参して下さい。
- ・解熱剤の使用は、処方に基づき看護師判断で使用させていただきます。

社会医療法人明和会 中通総合病院病児保育室