

与薬依頼書(保護者記入用)
(処方薬を飲ませて欲しい方のみご記入ください。)

児童	フリガナ 氏名		登録番号	
	性別 男・女	生年月日 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
-----------	--	-----	---------	-----------

薬品名①				
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	※調剤情報提供書がある場合は記載不要 <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	ml・包/回	保管方法	<input type="checkbox"/> 室温 <input type="checkbox"/> 冷蔵庫	
薬品名②				
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	※調剤情報提供書がある場合は記載不要 <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	ml・包/回	保管方法	<input type="checkbox"/> 室温 <input type="checkbox"/> 冷蔵庫	
薬品名③				
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	※調剤情報提供書がある場合は記載不要 <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	ml・包/回	保管方法	<input type="checkbox"/> 室温 <input type="checkbox"/> 冷蔵庫	

解熱剤 (使用する方は記入)	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	ml・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	
------	--