

与薬依頼書

株式会社サクセスアカデミー 御中

保育施設名： ゆりのき保育所

* 太枠内の記入と保護者氏名・捺印をお願い致します。

記入日	平成 年 月 日 (曜日)
お子様氏名	(男・女) 歳 ヶ月
緊急連絡先	TEL : - -
主治医名	病院名 : TEL : - -
病名または症状	
確認事項	主治医（もしくは医師、歯科医師又は看護職員）に、保育施設の保育者に対して与薬依頼する旨を話し了解を得ていますか？ はい ・ いいえ
	主治医（もしくは医師、歯科医師又は看護職員）が以下の3条件を満たしていることを確認していますか？ ①患者が入院・入所して治療する必要がなく容態が安定していること ②副作用の危険性や与薬量の調整等のため、医師又は看護職員による連続的な容態の経過観察が必要である場合ではないこと ③内用薬については誤嚥の可能性など、当該医薬品の使用の方法そのものについて専門的な配慮が必要な場合ではないこと はい ・ いいえ
処方箋等添付状況	薬剤情報提供書・薬袋のコピー・処方箋のコピー ○をつけて下さい
薬	平成 年 月 日に処方
保管方法	室温 ・ 冷蔵庫 ・ その他 ()
種類	飲み薬 (粉 個・シロップ 個) / 塗り薬 個 / 点 (眼・鼻・耳) 薬 個 / その他
内容	咳止め ・ 風邪薬 ・ その他 ()
与薬時間	食前 ・ 食間 ・ 食後 ・ その他時刻等 ()
与薬量・塗布箇所等	
その他注意事項	

貴社作成「与薬に関するお知らせ」に従い、以上の内容で与薬をお願いいたします。
なお、当依頼書の通りに与薬し、万が一事故等が発生した場合は、貴社に対して法的な責任を問いません。

保護者氏名： _____ ㊞

以上

与薬依頼書（詳細）の通り与薬の依頼を致します。

1回分			
受領日時	受領者印	与薬日時	与薬者印
月 日 時 分		月 日 時 分	

実施状況： _____

* 与薬者・日時は、連絡帳に記載いたします。