

家庭との連絡票

与薬依頼票

下記の者の病児・病後児保育室の利用を申し込みます。 平成 年 月 日 ()

(ふりがな) 児童氏名	男・女	生年月日	H 年 月 日 (歳 カ月)
迎えに来る方	児童との関係	お迎え時間	時 分 予定
		本日の連絡先	— —

食物アレルギー	(有・無) 卵 牛乳 小麦 大豆 鶏 牛肉 その他()						
食事のご希望	(普通食・病児食・無し)						
	20時	0時	4時	7時	8時	11時	14時
40°C							
39°C							
38°C							
37°C							
	昨夜の様子	今朝の様子	午前の様子	午後の様子			
尿	普通・少ない	普通・少ない	普通・少ない	普通・少ない			
便	なし・普通・軟便・水様便	なし・普通・軟便・水様便	なし・普通・軟便・水様便	なし・普通・軟便・水様便			
	回数：()回	回数：()回	回数：()回	回数：()回			
睡眠	(: ~ :) 良眠・不眠		(: ~ :) 良眠・不眠				
水分・ミルク	とれる・少なめ・とれない	とれる・少なめ・とれない	() ml×()回	() ml×()回			
その他							
症状があれば書いてください。	・熱(°Cくらい)いつから()・機嫌(良い・悪い) ・咳(多い・少ない・ない)・鼻水(多い・少ない・ない)・ゼーゼー(多い・少ない・ない) ・嘔吐(ある 回・ない)・食欲(普通・少ない・ない)						
熱性けいれんの既往	ある ・ ない						
ご家庭での様子	病児・病後児保育室での様子						

児童氏名	用量	受取印	与薬時間	与薬印	
内服薬	水薬	そのまま飲める・その他()	cc/1回	:	
	粉薬	そのまま飲める・その他()	包/1回	:	
	錠剤	そのまま飲める・その他()	錠/1回	:	
外用薬	使用方法	ぬり薬		:	
	使用場所	目薬		:	
		その他		:	
頓服薬 座薬	①ダイアアップ	次回の座薬 入れる(°Cで 時 分 回目) 入れない	個/1回	:	
	②解熱薬(カロナール・アンピバ)	最終使用時間(:)	個/1回	:	
	③制吐薬(ナウゼリン)	最終使用時間(:)	個/1回	:	
	④その他()		個/1回	:	
※ダイアアップ以外の頓服薬・座薬は、お子さまの状態に合わせて使用致します。					保護者連絡 要 ・ 不要
吸入	咳がひどい場合は吸入をご希望されますか	はい・いいえ	:		
※お帰りの際にクリニックで診療費をお支払いいただきます					保護者連絡 要 ・ 不要

別紙の薬剤情報提供書、またはお薬手帳の控えの通り、保護者に代わって与薬をお願い致します。

〈依頼者〉

保護者氏名 _____

※黄色の項目は必ず記入してください。

平成 年 月 日