

与薬依頼票（保護者記載用）

平成 年 月 日

こども氏名	男・女 歳 ヶ月														
保護者氏名															
緊急連絡先	(TEL)														
① 今回持参したお薬は… *お薬の説明書がありましたらお持ちください <input type="checkbox"/> 粉薬 <input type="checkbox"/> 水薬 <input type="checkbox"/> 錠剤 <input type="checkbox"/> 解熱剤(坐薬・その他) <input type="checkbox"/> 目薬 (使用法:) <input type="checkbox"/> 点耳薬 (使用法:) <input type="checkbox"/> 点鼻薬 (使用法:) <input type="checkbox"/> 軟膏 (使用法:) <input type="checkbox"/> その他 (使用法:)															
② 高熱時(39℃以上)の坐薬の使用を希望しますか？(○印) はい・いいえ *使用にあたっては、医師に確認し指示を得ます ↳ 電話での連絡を希望する・連絡はなしでよい															
③ 熱性けいれんを起こしたことがあるお子さまのみご記入ください ・普段、けいれん止めの坐薬等を使用していますか？(○印) はい・いいえ ・けいれん止め、解熱の坐薬を使用するタイミング(体温など) []															
④ その他に常備薬がありましたらご記入ください															
⑤ その他注意事項															
< 保育室記入欄 > 初日受取者 月 日 時 分															
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 25%;">投与日時</th> <th style="width: 20%;">投与者</th> <th style="width: 55%;">実施状況など</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">月 日 時 分</td> <td></td> <td rowspan="5"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">月 日 時 分</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">月 日 時 分</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">月 日 時 分</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">月 日 時 分</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	投与日時	投与者	実施状況など	月 日 時 分			月 日 時 分		月 日 時 分		月 日 時 分		月 日 時 分		
投与日時	投与者	実施状況など													
月 日 時 分															
月 日 時 分															
月 日 時 分															
月 日 時 分															
月 日 時 分															