

利根町病児保育事業与薬依頼書

保護者に代わり下記薬剤の内服を依頼します。

児童氏名 _____ 保護者氏名 _____

処方年月日	年 月 日
処方薬名	①薬名前（ ） ②薬名前（ ） ③薬名前（ ）
与薬時間	①食前 食後 その他（ ） ②食前 食後 その他（ ） ③食前 食後 その他（ ）
服用方法	<input type="checkbox"/> 白湯に溶かして服用する <input type="checkbox"/> そのまま口に入れ服用する その他（ ）

1. 過剰投与や過少投与などの事故防止のため、処方された薬（シロップも含む）は、1回分に
分けて持参してください。
2. 全ての処方薬に名前を記入してください。

（下記は病児保育室で記入します）

薬剤名	服用時間	実施者サイン
①処方薬	時 分	
②処方薬	時 分	
③処方薬	時 分	

利根町病児保育事業与薬依頼書（記入例）

保護者に代わり下記薬剤の内服を依頼します。

児童氏名 利根 太郎 保護者氏名 利根 次郎

処方年月日	令和〇〇年〇〇月〇〇日
処方薬名	①薬名前（アマンタジン塩酸塩） ②薬名前（アンヒバ坐剤） ③薬名前（
与薬時間	①食前 食後 その他（ ②食前 食後 その他（頓服38.5度以上ぐったりしている時） ③食前 食後 その他（
服用方法	<input checked="" type="checkbox"/> 白湯に溶かして服用する <input type="checkbox"/> そのまま口に入れ服用する その他（座薬は肛門から挿入）

- 過剰投与や過少投与などの事故防止のため、処方された薬（シロップも含む）は、1回分に
分けて持参してください。
- 全ての処方薬に名前を記入してください。

（下記は病児保育室で記入します）

薬剤名	服用時間	実施者サイン
①処方薬	時 分	
②処方薬	時 分	
③処方薬	時 分	