様式第4号（第7条関係）　　年　　月　　日

五所川原市病児保育事業　与薬依頼書

病児保育事業実施施設 施設長　殿

保護者氏名
（児童との続柄）

ふりがな 児童氏名		生年月日　年　月　日 （　歳　ヶ月）
かかりつけ医	医療機関名　（　） 医師名　（　）	連絡先　―　―
病状 又は症状	☐ 発熱　☐ 咳　☐ 鼻汁　☐ 下痢　☐ 嘔吐　☐ 喘鳴　☐ 発疹	
病名又は具体的な症状		
与薬を依頼する薬	・薬の種類（具体的な数量を記入してください。） ☐ 粉末（　包）　☐ シロップ（　種類）　☐ 外用薬（　個） ☐ はり薬（　個）　☐ その他（　）	
	・薬の内容 ☐ 抗生物質　☐ 解熱剤　☐ 咳止め　☐ 鼻水止め　☐ 痰きり ☐ 下痢止め　☐ 外用薬（　）	
	・薬の名前 薬剤名称（　） 服用（外用）　時間：　☐ 食前　☐ 食間　☐ 食後　☐ その他（　） 方法：（　）	
常時服用薬	今回処方された薬以外で服用している薬 ☐ 無　☐ 有　（薬品名　） （服用回数　回／1日 ） （最終服用時間　時　分 ）	
施設記載欄	受領者氏名　月　日　時　分	
	与薬者氏名　月　日　時　分　与薬 月　日　時　分　与薬	
	与薬時の状況	

（留意事項）

1　薬剤情報提供書がある場合は、この依頼書と一緒に提出してください。
2　与薬はなるべく家庭で行うようにしてください。
3　薬は施設職員に直接手渡ししてください。
4　薬の袋又は容器には、必ず児童氏名をはっきり書いてください。