与 薬 依 頼 書

株式会社ハッピーナース御中

保育施設名：　　きわみ保育園

*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	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などのため、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ないこと ③内用薬については誤嚥の可能性など、当該医療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　　〇をつけてください	
薬	年　　月　　日　に処方	
保管方法	室温 ・ 冷蔵庫 ・ その他　（	
種　　類	飲み薬（粉・シロップ）・ 塗り薬 ・ 点（眼・耳・鼻）薬 ・ 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		

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。

回分				
受領日時		受領印	与薬日時	与薬者印
月　　日　　時　　分			月　　日　　時	
登所前の状況	：　　に与薬済み		月　　日　　時	
	与薬前の体温は　　℃		月　　日　　時	

実施状況

*日時は、連絡帳のくすり手帳欄に記載いたします。