

**江東区病児・病後児保育事業 与薬依頼書**  
(処方薬を飲ませて欲しい方のみご記入ください。)

児童	フリガナ 氏名	(愛称)			登録番号
	性別	生年月日			
	男・女	平成	年	月	日

※薬剤提供情報をご提出ください

持参したくすりは、 年 月 日に処方された 日分のうちの本日分

<b>薬品名①</b>					
形状	<input type="checkbox"/> 粉 <input type="checkbox"/> 液(シロップ) <input type="checkbox"/> 外用薬 [ <input type="checkbox"/> 軟膏 <input type="checkbox"/> 点眼薬 <input type="checkbox"/> その他 ( ) ] <input type="checkbox"/> その他 ( )				
内容	※調剤情報提供書がある場合は記載不要 <input type="checkbox"/> 抗生物質 <input type="checkbox"/> 咳止め <input type="checkbox"/> 下痢止め <input type="checkbox"/> かぜ薬 <input type="checkbox"/> かゆみ止め <input type="checkbox"/> 保湿剤 <input type="checkbox"/> 結膜炎 <input type="checkbox"/> その他 ( )				
使用時間	<input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼食前 ( ) 分 <input type="checkbox"/> 昼食後 ( ) 分 <input type="checkbox"/> ( ) 時頃 <input type="checkbox"/> 必要に応じて(具体的に: )				
使用量	ml・包/回	保管方法	<input type="checkbox"/> 室温 <input type="checkbox"/> 冷蔵庫		
<b>薬品名②</b>					
形状	<input type="checkbox"/> 粉 <input type="checkbox"/> 液(シロップ) <input type="checkbox"/> 外用薬 [ <input type="checkbox"/> 軟膏 <input type="checkbox"/> 点眼薬 <input type="checkbox"/> その他 ( ) ] <input type="checkbox"/> その他 ( )				
内容	※調剤情報提供書がある場合は記載不要 <input type="checkbox"/> 抗生物質 <input type="checkbox"/> 咳止め <input type="checkbox"/> 下痢止め <input type="checkbox"/> かぜ薬 <input type="checkbox"/> かゆみ止め <input type="checkbox"/> 保湿剤 <input type="checkbox"/> 結膜炎 <input type="checkbox"/> その他 ( )				
使用時間	<input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼食前 ( ) 分 <input type="checkbox"/> 昼食後 ( ) 分 <input type="checkbox"/> ( ) 時頃 <input type="checkbox"/> 必要に応じて(具体的に: )				
使用量	ml・包/回	保管方法	<input type="checkbox"/> 室温 <input type="checkbox"/> 冷蔵庫		
<b>薬品名③</b>					
形状	<input type="checkbox"/> 粉 <input type="checkbox"/> 液(シロップ) <input type="checkbox"/> 外用薬 [ <input type="checkbox"/> 軟膏 <input type="checkbox"/> 点眼薬 <input type="checkbox"/> その他 ( ) ] <input type="checkbox"/> その他 ( )				
内容	※調剤情報提供書がある場合は記載不要 <input type="checkbox"/> 抗生物質 <input type="checkbox"/> 咳止め <input type="checkbox"/> 下痢止め <input type="checkbox"/> かぜ薬 <input type="checkbox"/> かゆみ止め <input type="checkbox"/> 保湿剤 <input type="checkbox"/> 結膜炎 <input type="checkbox"/> その他 ( )				
使用時間	<input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼食前 ( ) 分 <input type="checkbox"/> 昼食後 ( ) 分 <input type="checkbox"/> ( ) 時頃 <input type="checkbox"/> 必要に応じて(具体的に: )				
使用量	ml・包/回	保管方法	<input type="checkbox"/> 室温 <input type="checkbox"/> 冷蔵庫		

<b>解熱剤</b> (使用する方は記入)	解熱剤名				
	形状	<input type="checkbox"/> 粉 <input type="checkbox"/> 液(シロップ) <input type="checkbox"/> 坐薬 <input type="checkbox"/> その他 ( )			
	使用量	ml・包/回	使用間隔		
	使用の連絡	<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 必要ない		保管方法	<input type="checkbox"/> 室温 <input type="checkbox"/> 冷蔵庫

服薬方法	飲ませ方	<input type="checkbox"/> そのまま <input type="checkbox"/> 少量の水に溶いて <input type="checkbox"/> シロップ薬に混ぜて <input type="checkbox"/> ( ) に混ぜて			
	使用器具	<input type="checkbox"/> スプーンで <input type="checkbox"/> スポイトで <input type="checkbox"/> 薬杯で <input type="checkbox"/> その他 ( )			

注意事項					
------	--	--	--	--	--