

こひつじハウス 与薬依頼書

年	月	日	記入
ふりがな			
幼児名			
生年月日	H・R	年	月 日

登録番号	
診察券番号	

薬アレルギー	今までなし・あり (薬品名)
食物アレルギー	今までなし・あり (食品 : 卵・乳・小麦・その他)

普段の薬の飲ませ方 (例: スプーンを使用など)	
-----------------------------	--

※ 現在、使用している薬をすべてご記入してください。(吸入薬や軟膏についても記載してください)

			病児保育室 使用欄		
今回の病気に対する薬		与薬依頼	自宅での 最終服薬時間	受取者	投与時間
①		あり(朝・昼・頓) ・なし	昨日 本日		
②		あり(朝・昼・頓) ・なし	昨日 本日		
③		あり(朝・昼・頓) ・なし	昨日 本日		
④		あり(朝・昼・頓) ・なし	昨日 本日		
⑤		あり(朝・昼・頓) ・なし	昨日 本日		
⑥		あり(朝・昼・頓) ・なし	昨日 本日		
今回の病気以外で使用中の薬		与薬希望	自宅での 最終服薬時間	受取者	投与時間
⑦		あり(朝・昼・頓) ・なし	昨日 本日		
⑧		あり(朝・昼・頓) ・なし	昨日 本日		
⑨		あり(朝・昼・頓) ・なし	昨日 本日		

※ 保育中の与薬を依頼する薬のみ、処方された袋ごとお持ちください。

※ 内容の分からない薬は、お預かりできません。

※ 今回の病気以外で使用中の薬は、「お薬手帳」などで確認できない場合、保育中の与薬をお断りすることがあります。

受診時、使用薬	与薬時間	確認者	受診時、使用薬	与薬時間	確認者
①	:		③	:	
②	:		④	:	

※ 受診が必要と判断した場合、東京衛生アドベンチスト病院、教会通りクリニックを受診、治療することがあります。

※ 太線内を記入して、こひつじハウス利用当日にお持ちください