

与薬依頼書（病児保育室こねこ）

※保育中の与薬を依頼する場合は以下をご記入ください。

受診日	年 月 日 ()
登録番号	—

ふりがな		性別	男 女	たむら医院 病児保育室こねこ 〒167-0052 杉並区南荻窪3-25-19 TEL 070-3159-0100 担当医 ・田村 剛 医師 ・藤原 順子 医師
児童名				
生年月日	西暦 年 月 日	歳 ヶ月	本日の病名	

薬剤アレルギー	<input type="checkbox"/> 有 薬品名 <input type="checkbox"/> 無
食物アレルギー	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 乳 <input type="checkbox"/> 小麦 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 無

普段の薬の薬の 飲ませ方 (例：スポイトの使用など)	
----------------------------------	--

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

他院で使用中の薬名	自宅での最終服薬時間		
	<input type="checkbox"/> 昨日	午後	時 分頃
	<input type="checkbox"/> 本日	午前	時 分頃
	<input type="checkbox"/> 昨日	午後	時 分頃
	<input type="checkbox"/> 本日	午前	時 分頃

※太枠内を記入し、利用当日にお薬と一緒にご提出ください。

※薬剤情報提供書（薬の説明書）の写しを必ずお持ちください。

※他院での処方されたお薬は投薬できません。

本日「病児保育室こねこ」での投薬情報	病児保育室 使用欄	
	投与時間	投与者
	AM	:
	PM	
	AM	:
	PM	

お子様の保育・看護上でご心配なこと、配慮してほしいことについて、具体的にご記入ください。

※お子様の状態が変化し、新たな医療行為が必要になることがあります。ご連絡の取れない場合、当院の医師の判断により治療を開始させていただきます。

上記について同意いたします。

西暦 年 月 日 () _____