

# お薬をお預かりする時のお願い

①与薬指示書

②与薬連絡票

③薬剤情報提供書

の提出をお願いします。

お薬をお預かりする時には

①【与薬指示書】 ➡ 医師記入

②【与薬連絡票】 ➡ 保護者の方記入

③薬剤情報提供書

2枚とも  
必要です

※記入見本を参照のうえご記入ください。

以上、3点の提出が必要になります。よろしくお願いいたします。

## 必ず名前を書いてください(氏名・薬品名・いつ使用するか)

**内服薬** (中耳炎・とびひ・溶連菌感染症・アナフィラキシーショックの既往がある場合)

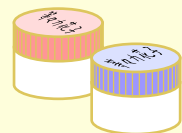
ひとつひとつの袋や容器に **氏名・薬の名称・いつ服用するか**

内服薬は、その日に内服するお薬のみお預かりします。



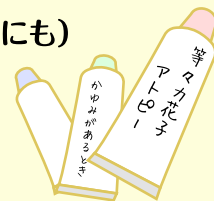
**座薬** (熱性けいれんの既往がある場合)

袋にいれ、その **袋に 氏名・薬の名称・どういう時に使用するか**



**目薬** (花粉症で目の症状がひどい時)

目薬の **容器に直接 氏名・いつ使用するか** (袋があれば袋にも)



**軟膏** (アトピー性皮膚炎)

ひとつひとつの袋や容器に **氏名・薬の名称・どういう時に使用するか**

お手数をおかけしますが、誤薬を防ぐためご協力よろしくお願いいたします。

# 与薬指示書

患者名	等々力 花子 男・女
生年月日	西暦 2020 年 5 月 7 日生
病名(慢性疾患)	熱性けいれん
処方内容 (薬名・数量・飲む回数・塗る回数)	薬剤情報提供書のとおり または
薬理作用	薬剤情報提供書のとおり または、 強心剤 抗不整脈剤利尿剤 かゆみ止め 抗けいれん薬 その他 ( )
保育園で与薬する場合	
数量と1回分量	散剤 水薬 座薬 外用薬 包 ml 個 ( mg) ( )
与薬時間	昼食前 昼食後 その他 ( 熱が38度に達した時 )
期間	西暦 2021年 4 月 1 日～2021年 12 月 31 日まで *但し、当該年度限りとする
特記事項	

保護者 等々力 大介 様

西暦 2021 年 4 月 1 日

医療機関名 国立〇△□病院  
医師名 保田 育子  
医療機関所在地 世田谷区〇△□1-2-3  
電話 03-1234-5678

# 与薬指示書

患 者 名	男 ・ 女
生 年 月 日	西暦 年 月 日生
病 名 ( 慢 性 疾 患 )	
処 方 内 容 ( 薬 名 ・ 数 量 ・ 飲 む 回 数 ・ 塗 る 回 数 )	薬剂情報提供書のとおり または
薬 理 作 用	薬剂情報提供書のとおり または、 強心剤 抗不整脈剤利尿剤 かゆみ止め 抗けいれん薬 その他 ( )
保育園で与薬する場合	
数 量 と 1 回 分 量	散 剤 水 薬 座 薬 外 用 薬 包 ml 個 ( mg ) ( )
与 薬 時 間	昼食前 昼食後 その他 ( )
期 間	西暦 年 月 日 ~ 年 月 日まで *但し、当該年度限りとする
特記事項	

保護者 \_\_\_\_\_ 様

西暦 年 月 日

医療機関名

医 師 名

医療機関所在地

電 話