

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)

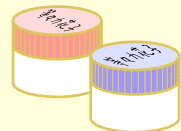
ひとつひとつの袋や容器に **氏名・薬の名称・いつ服用するか**

内服薬は、その日に内服するお薬のみお預かりします。



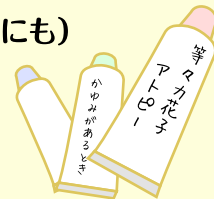
座薬 (熱性けいれんの既往がある場合)

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

見本

患者名	等々力花子	男・ <input checked="" type="radio"/> 女
生年月日	2019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 <input checked="" type="radio"/> 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	2019年 4月 1日~2019年 12月 31日まで *但し、最長1年以内とする	
特記事項		

保護者 等々力大介 様

2019年 4月 1日

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

与薬指示書

患 者 名	男 ・ 女
生 年 月 日	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	年 月 日 ~ 年 月 日まで * 但し、最長1年以内とする
特記事項	

保護者 _____ 様

年 月 日

医 療 機 関 名
医 師 名
医 療 機 関 所 在 地
電 話