

## メディキッズ与薬依頼票

年 月 日記

メディキッズ様

医師の処方によりやむを得ず与薬が必要であり、保護者において与薬が出来ないため、下記により与薬を行っていただくよう依頼します。  
 なお、与薬が必要な薬は医師が作成した処方箋に基づき処方したものであり内容は下記の通りです。

子ども氏名		男・女	年齢	歳 か月
保護者氏名	連絡先 ( )			
①受診された病院名				
②病名又は症状				
③薬手帳の持参	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
与薬する薬	平成	年	月	日に処方された 日分のうち、本日分
薬の名称	薬の種類	薬の内容		与薬依頼時間
				投与時間 投与者
	粉・シロップ 外用薬・その他 ( )	抗生物質・解熱剤・咳止め・整腸剤 その他 ( )		昼食後・昼食前 ・その他 ( )
	粉・シロップ 外用薬・その他 ( )	抗生物質・解熱剤・咳止め・整腸剤 その他 ( )		昼食後・昼食前 ・その他 ( )
	粉・シロップ 外用薬・その他 ( )	抗生物質・解熱剤・咳止め・整腸剤 その他 ( )		昼食後・昼食前 ・その他 ( )
	粉・シロップ 外用薬・その他 ( )	抗生物質・解熱剤・咳止め・整腸剤 その他 ( )		昼食後・昼食前 ・その他 ( )

- ..
- (3) 注意事項
- |                      |                                      |                                      |
|----------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| ①解熱剤の使用              | <input type="checkbox"/> 連絡を受けて判断します | <input type="checkbox"/> 医師の判断に一任します |
| ②抗けいれん薬の使用           | <input type="checkbox"/> 連絡を受けて判断します | <input type="checkbox"/> 医師の判断に一任します |
| ③吸入・鼻吸引の処置           | <input type="checkbox"/> 連絡を受けて判断します | <input type="checkbox"/> 医師の判断に一任します |
| ④インフルエンザやRSウイルスなどの検査 | <input type="checkbox"/> 連絡を受けて判断します | <input type="checkbox"/> 医師の判断に一任します |
| ⑤高熱が続く時などの保護者への連絡    | <input type="checkbox"/> 連絡が必要       | <input type="checkbox"/> 連絡が不要       |

(4) 受領者

## メディキッズ与薬依頼票

年 月 日記

メディキッズ様

医師の処方によりやむを得ず与薬が必要であり、保護者において与薬が出来ないため、下記により与薬を行っていただくよう依頼します。  
 なお、与薬が必要な薬は医師が作成した処方箋に基づき処方したものであり内容は下記の通りです。

子ども氏名		男・女	年齢	歳 か月
保護者氏名	連絡先 ( )			
①受診された病院名				
②病名又は症状				
③薬手帳の持参	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
与薬する薬	平成	年	月	日に処方された 日分のうち、本日分
薬の名称	薬の種類	薬の内容		与薬依頼時間
				投与時間 投与者
	粉・シロップ 外用薬・その他 ( )	抗生物質・解熱剤・咳止め・整腸剤 その他 ( )		昼食後・昼食前 ・その他 ( )
	粉・シロップ 外用薬・その他 ( )	抗生物質・解熱剤・咳止め・整腸剤 その他 ( )		昼食後・昼食前 ・その他 ( )
	粉・シロップ 外用薬・その他 ( )	抗生物質・解熱剤・咳止め・整腸剤 その他 ( )		昼食後・昼食前 ・その他 ( )
	粉・シロップ 外用薬・その他 ( )	抗生物質・解熱剤・咳止め・整腸剤 その他 ( )		昼食後・昼食前 ・その他 ( )

- ..
- (3) 注意事項
- |                      |                                      |                                      |
|----------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| ①解熱剤の使用              | <input type="checkbox"/> 連絡を受けて判断します | <input type="checkbox"/> 医師の判断に一任します |
| ②抗けいれん薬の使用           | <input type="checkbox"/> 連絡を受けて判断します | <input type="checkbox"/> 医師の判断に一任します |
| ③吸入・鼻吸引の処置           | <input type="checkbox"/> 連絡を受けて判断します | <input type="checkbox"/> 医師の判断に一任します |
| ④インフルエンザやRSウイルスなどの検査 | <input type="checkbox"/> 連絡を受けて判断します | <input type="checkbox"/> 医師の判断に一任します |
| ⑤高熱が続く時などの保護者への連絡    | <input type="checkbox"/> 連絡が必要       | <input type="checkbox"/> 連絡が不要       |

(4) 受領者