

投薬指示書

【保護者記入欄】 受信前に記入をお願いします。

園児名		生年月日	年	月	日	利用施設名	めばえひろば
-----	--	------	---	---	---	-------	--------

保護者の方へ

(次に該当するお子様については、投薬指示書をお預かりした場合でも投薬を行わないことがあります。)

- (1) 極端に服用を拒むお子様への投薬
- (2) 服用方法などに複雑な指定がある場合
- (3) その他当社判断により、投薬実施が困難、または避ける方が望ましいと判断した場合

主治医様へ

当施設では原則としてお薬の投薬は行っていません。

お薬を処方される際は、保護者様にて投薬のできる時間に服用できる方法、お薬をお願いします。

当施設での服薬は、看護師ではなく保育士やその他無資格者が行う場合があります。どうしても保育施設利用時間帯の服用が必要な場合のみ、下記にご指示をご記入ください。

上記のものにつき、下記の通り貴施設において投薬を指示します。

病状名

1	薬名	1 回分の用量	用法
			時間
1		m g / 包・m l	<input type="checkbox"/> 内服 <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 塗布 <input type="checkbox"/> その他
			<input type="checkbox"/> 食前 <input type="checkbox"/> 食後 <input type="checkbox"/> ()
2		m g / 包・m l	<input type="checkbox"/> 内服 <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 塗布 <input type="checkbox"/> その他
			<input type="checkbox"/> 食前 <input type="checkbox"/> 食後 <input type="checkbox"/> ()
3		m g / 包・m l	<input type="checkbox"/> 内服 <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 塗布 <input type="checkbox"/> その他
			<input type="checkbox"/> 食前 <input type="checkbox"/> 食後 <input type="checkbox"/> ()
4		m g / 包・m l	<input type="checkbox"/> 内服 <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 塗布 <input type="checkbox"/> その他
			<input type="checkbox"/> 食前 <input type="checkbox"/> 食後 <input type="checkbox"/> ()

用法の詳細や、「その他」の場合の用法等のご記入をお願い致します。

投薬の期間： 年 月 日から 年 月 日まで

医療機関名・医師名 年 月 日