

投薬指示書

【保護者記入欄】 受診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	24 時間託児所フレスメルキッズ調布東口
-----	--	------	-------	-------	----------------------

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事があります）

- (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、または避けるほう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おりません。**
 お薬を処方される際は、保護者様にて投薬の出来る時間に服用出来る方法、お薬でお願い致します。
 当保育施設での投薬は、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にのみ、下記に指示をご記入下さい。

上記の者につき、以下のとおり貴施設においての投薬を指示します。

病症名 _____

	薬名	1 回分の用量	用法	
			時間	
1		mg/ 包・ml	<input type="checkbox"/> 内服 <input type="checkbox"/> 点眼 <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		mg/ 包・ml	<input type="checkbox"/> 内服 <input type="checkbox"/> 点眼 <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		mg/ 包・ml	<input type="checkbox"/> 内服 <input type="checkbox"/> 点眼 <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		mg/ 包・ml	<input type="checkbox"/> 内服 <input type="checkbox"/> 点眼 <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

印

***** 【施設記入欄】 *****

受領日		担当者	
-----	--	-----	--