

品川区病児保育与薬依頼書 (保護者記入用)

登録番号					
依頼者	児 童 氏 名		愛 称	性 別	生 年 月 日
				男・女	年 月 日
	保護者名			緊急連絡先	— —

病名または症状

かぜ 夏かぜ インフルエンザ 気管支炎 喘息 喘息性気管支炎 急性胃腸炎 中耳炎  
結膜炎 とびひ 手足口病 ヘルパンギーナ 咽頭結膜熱  
アトピー性皮膚炎 その他 (具体的に: )

持参した薬は、 年 月 日に処方された、 日分のうち本日分

投薬内容	薬剤名	剤型	用量	使用時間
投薬内容	(保管方法) <input type="checkbox"/> 室温 <input type="checkbox"/> 冷蔵庫	<input type="checkbox"/> 粉末 <input type="checkbox"/> 液体 (シロップ) <input type="checkbox"/> 外用薬 <input type="checkbox"/> その他 ( )		<input type="checkbox"/> 昼食前 <input type="checkbox"/> 昼食後 <input type="checkbox"/> その他 ( 時)
	(保管方法) <input type="checkbox"/> 室温 <input type="checkbox"/> 冷蔵庫	<input type="checkbox"/> 粉末 <input type="checkbox"/> 液体 (シロップ) <input type="checkbox"/> 外用薬 <input type="checkbox"/> その他 ( )		<input type="checkbox"/> 昼食前 <input type="checkbox"/> 昼食後 <input type="checkbox"/> その他 ( 時)
	(保管方法) <input type="checkbox"/> 室温 <input type="checkbox"/> 冷蔵庫	<input type="checkbox"/> 粉末 <input type="checkbox"/> 液体 (シロップ) <input type="checkbox"/> 外用薬 <input type="checkbox"/> その他 ( )		<input type="checkbox"/> 昼食前 <input type="checkbox"/> 昼食後 <input type="checkbox"/> その他 ( 時)
	(保管方法) <input type="checkbox"/> 室温 <input type="checkbox"/> 冷蔵庫	<input type="checkbox"/> 粉末 <input type="checkbox"/> 液体 (シロップ) <input type="checkbox"/> 外用薬 <input type="checkbox"/> その他 ( )		<input type="checkbox"/> 昼食前 <input type="checkbox"/> 昼食後 <input type="checkbox"/> その他 ( 時)
外用薬	使用方法 (軟膏等)			
その他 特記事項				

(施設記入欄)

受領者サイン	受領時間	月	日	時	分
投与者サイン	投与時間	月	日	時	分