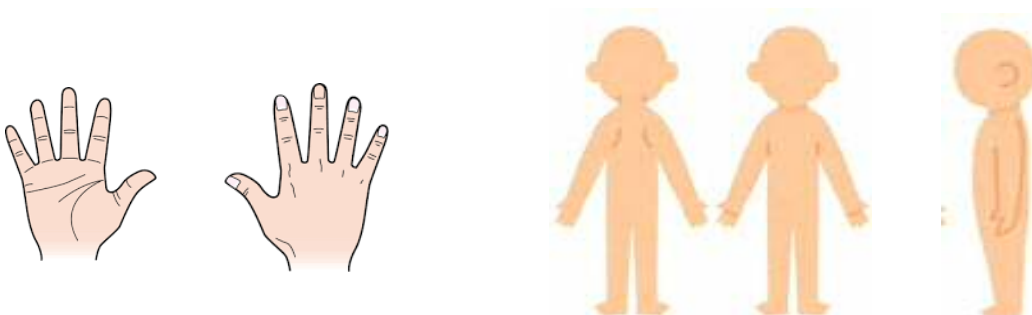


# 北区病児病後児保育 与薬依頼票・同意書 (保護者記載用)

平成 年 月 日記入

現在の投薬状況	<input type="checkbox"/> 今朝の内服薬 時間 時 分頃 薬剤名:
	<input type="checkbox"/> 今朝の吸入 時間 時 分頃 薬剤名:
	<input type="checkbox"/> 坐薬の使用 最終使用時間: 月 日 時 分頃 薬剤名:
	<input type="checkbox"/> 外用薬の使用 無 有 薬剤名:

以下の通り、投薬を依頼致します

依頼者	保護者氏名:		
	児童氏名:		歳 月
剤型	<input type="checkbox"/> 粉末 <input type="checkbox"/> 液(シロップ) <input type="checkbox"/> 外用薬 <input type="checkbox"/> 坐薬 <input type="checkbox"/> その他(		
投薬内容	薬剤名	用量	用法
	記入例	アスピリン・ムコダイン	1袋
外用薬			
その他特記事項	※薬の飲ませ方など		

利用票、与薬票に相違なく、病児病後児保育室の利用を申し込みます。

- ① 子どもの容態が急激に悪化した場合、私及び代理人が早急に迎え行きます。  
また、医療機関で受診、治療、処置を行うことに同意し、要した費用についても支払いをします。
- ② 万一の病児・後保育室内で感染については了承します。
- ③ 持参した食事に関する一切の責任は私にあることとし、万一持参した食事の摂取により、子どもの体調に異変が生じても苦情は申しません。
- ④ 保育室での規則を守り、守れなかった際には、今後利用ができなくなる場合があることに同意致します。

上記事項に同意致します。

平成 年 月 日

保護者氏名: \_\_\_\_\_