

# 与薬依頼票

(※薬品情報説明書も一緒にお持ち下さい。)

令和 年 月 日 ( )

持参薬剤	全部で【 】種類 粉末 個、シロップ 個、外用 個、その他 ( )						
薬の内容	抗生物質 咳止め 下痢止め 鼻水・痰 整腸剤 抗アレルギー剤 点眼 点鼻 点耳 外用薬 (貼付剤 ステロイド剤 抗生剤 保湿剤) (その他 吸入等: )						
使用時間	昼食前 ・ 昼食後 ・ おやつ前 ・ おやつ後 その他 ( )						
外用薬等の使用法							
必要な処置等	無 有 ( )						
薬剤情報	薬剤情報提供書の添付 ( あり ・ なし )						
日付	保護者@又はサイン	受領数	受領者	日付	返却者	返却数	保護者@又はサイン
月 日				月 日			
与薬者		与薬数			与薬時間		
					:		
頓服薬	形状	粉末 シロップ 錠剤 その他 ( )					
	内容	解熱剤として		鎮痛剤として		最終 ( : )	
	与薬者		与薬数			与薬時間	
	※解熱剤服用前は必ず保護者に確認をとりますのですぐご連絡がつくようにお願いします。 服用後解熱が著しい場合はお迎えをお願いします。						

- 薬剤情報提供書は、本紙と併せて登園時にご提出ください。
- 与薬依頼票がない場合、こちらでの投薬は出来ませんので夕方お持ち帰りとさせていただきます。
- 投薬期間が変更になりましたら、職員まで声をおかけください。
- 薬の袋や容器にも必ず記名をお願いします。
- シロップ等の水薬は1回分のみを持たせて下さい
- ご自宅の残薬や市販薬は与薬できません。薬剤情報提供書に記載されているもののみ与薬となります。  
頓服薬に関してはこの限りではありません。ご相談ください。
- 連日ご利用される場合も、利用日毎に与薬依頼票が必要となります。

病児・病後児保育記録兼連絡票

※お名前等の太枠内及び左側の太枠内に家庭での様子をご記入下さい。

令和 年 月 日 ( )		病名		ベット上安静・経過観察室 室内安静・室内保育							
ふりがな		愛称		生年月日							
児童氏名		男・女		年齢							
お迎え予定時刻 ( : )		お迎え予定者 ( )		続柄 ( )							
家庭での様子や体温(保護者記入)			保育ルームでの様子や体温(看護師記入)								
↓記入方法： 各項目 該当する時間の下に、+(プラス)や、内容、入眠、起床等記入して下さい。											
食事	最終食事時間 ( 時 分 量: )										
水分(シリ)											
薬・処置											
尿											
便											
その他(嘔吐等)											
体温	時間	2時	4時	6時	8時	10時	12時	14時	16時	17時	
40											
39											
38											
37											
36											
諸症状	鼻水/	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		おやつ		昼食		睡眠時間			
	せき/	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		( : )		( : )		① : ~ :			
	ゼロゼロ/	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				内容・摂取量		② : ~ :			
解熱剤	食欲/	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 不良		( : )				③ : ~ :			
	アレルギー/	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )						《お持ち頂くもの》			
	食べられないもの/	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )						・着替え2~3組			
けいれん	機嫌/	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 不良		その他				・食事エプロン・手拭きタオル 3組			
	解熱剤使用/	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		( 回/日 最終使用時間 : )		内服		・汚れ入れの袋			
	熱性痙攣の既往/	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 最終発作日( )				( : )		・おむつ5~6枚			
病状経過	痙攣予防薬の使用/	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有						・お昼寝用バスタオル2枚			
	直近24時間以内の使用時間 ( )							・(必要時)			
連絡事項や心配なことなどありましたら、ご記入下さい				園児の様子(諸症状など)							
※お薬がある場合は、裏面の記入をお願いします。											
入室確認時刻/ :				退室確認時刻/ :							