

与薬依頼書

公文病院・ひらせアレルギーこどもクリニックで処方された薬の、投薬を依頼します。

公文病院・ひらせアレルギーこどもクリニック以外の医療機関で処方された薬の、投薬を依頼します。

下記事項も記入してください。

・ 処方日 月 日

・ 医療機関名 ()

・ 薬名 (おくすり手帳・薬剤情報書をご持参の場合は記入不要です。)

その他の薬 (解熱剤・吐気止め・抗ケイレン剤・貼付剤・塗り薬など、使用法・使用量) についてもご記入ください

同意書

入室中の状態や経過によっては、処置や検査・受診が必要となる場合がありますが行ってよいかどうか、確認させていただきます。尚、ひきつけを起こした時や、その他緊急時は医師の判断で処置を行います。処置や検査を行った場合、病院での診察扱いとなり、保険に応じた料金が発生しますのでご了承ください。

① 熱が高くてぐったりしている場合は、医師の判断により解熱剤を使用してよろしいですか。

【 はい ・ いいえ 】

② 喘息発作や鼻づまりがひどい時は、必要に応じて吸入や吸引を行ってよろしいですか。

【 はい ・ いいえ 】

③ 感染症の疑いのある時は、他の入室児への感染防止のため、処置や迅速検査等を行ってよろしいですか。
(検査結果によっては隔離室に入室変更になる場合があります。)

【 はい ・ いいえ 】

④ 症状に変化が見られた場合は当院小児科を受診する場合がありますがよろしいですか。

【 はい ・ いいえ 】

上記の診察・検査・処置内容によっては、保護者に連絡もしくは、お迎えに来ていただく場合があります。

平成 年 月 日

保護者名 _____

入室児名 _____

《保育室記入欄》

受取者 月 日

投与日時	投与者	実施状況など
月 日 時 分		
月 日 時 分		
月 日 時 分		
月 日 時 分		
月 日 時 分		
月 日 時 分		