

# 与薬依頼書

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。

上記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 令和 年 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、ひらせアレルギーこどもクリニック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ひらせアレルギーこどもクリニック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。

令和 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		