

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ので確認させていただきます。
尚、けいれん、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。

与薬依頼書

与薬を依頼される時はたくさんの方の薬をお預かりしますので、以下の通りご協力お願いします。

- * 粉薬は袋にマジックで 1 包 1 包すべてに薬の内容とお子様のお名前をフルネームで書き、チャック袋などに入れてお持ちください (必ず予備 1 回分を入れてください)
- * シロップ・坐薬・点眼薬・吸入薬・塗り薬はビンや容器に名前を書いて容器ごとチャック袋などに入れてお持ちください。
- * お薬手帳・薬の説明書を必ず一緒にお持ちください

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。

・ 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・坑ケイレン剤・貼付剤・塗り薬など) についてもご記入ください

令和 年 月 日

保護者名 _____

入室児名 _____

