

与薬等指示書

生駒市子育て短期支援事業(ショートステイ・トワイライトステイ)

児童福祉施設 施設長 様

児童氏名 _____ 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日生

疾患名			
与薬方法	内服薬	内服回数 _____ 回 (食前・食後・食間・その他(_____)) 与薬期間 _____ 年 _____ 月 _____ 日～ _____ 年 _____ 月 _____ 日まで	
	内服薬	内服回数 _____ 回 (食前・食後・食間・その他(_____)) 与薬期間 _____ 年 _____ 月 _____ 日～ _____ 年 _____ 月 _____ 日まで	
	外用薬 軟膏・点眼薬等	回数、時間、塗布部位等 与薬期間 _____ 年 _____ 月 _____ 日～ _____ 年 _____ 月 _____ 日まで	
	外用薬 軟膏・点眼薬等	回数、時間、塗布部位等 与薬期間 _____ 年 _____ 月 _____ 日～ _____ 年 _____ 月 _____ 日まで	
保管場所	室温 ・ 冷暗所 ・ その他(_____)		
その他 注意事項等			
_____ 年 _____ 月 _____ 日 医療機関名 _____ 医師名 _____ 電話番号 _____			

(主治医の先生へのお願い)

- ・伝染性の病気感染拡大防止のため、お預かりするお子様が体調不良の場合は、児童福祉施設での宿泊や夜間預かりをご利用できません。
- ・施設での宿泊や夜間預かり時にどうしても与薬が必要な薬に限って、この与薬指示書の記入をお願い致します。施設より直接病院へ問い合わせさせていただくことがあります。