

# 与薬依頼書

下記の薬の与薬を依頼します。

保護者サイン

---

1 処方日 月 日

2 医療機関名 ( )

3 薬名(種類) ①

②

③

その他の薬(解熱剤・吐き気止め・抗けいれん剤・貼付薬・塗り薬など)

※使用方法、使用頻度についても記入してください。

( )

## 同意書

入室内の状態や経過によっては、処置や検査が必要になる場合があります。  
その際には処置や検査を行ってよいか、確認させていただきます。  
尚、ひきつけを起こしたとき、その他緊急時医師の判断で処置を行います。  
処置や検査を行った場合、協力医療機関栄宏会小野病院での診療扱いでの診療扱いとなり、保険に応じた料金が発生します。

1 熱が高くてぐったりしている時は、医師の判断により解熱剤を使用している  
いいですか。

はい ・ いいえ

2 喘息発作時や鼻づまりがひどいとき、必要に応じ、吸入や吸引を行って  
よろしいでしょうか。

はい ・ いいえ

平成 年 月 日

保護者名

---

入室児童名

---