C－③. 抗アレルギー薬専用与薬依頼書

大阪大学病児・病後児保育室あおぞら　宛

＊枠内へ記入し下記にご同意の上、ご署名・捺印をお願いいたします。

|  |  |
| --- | --- |
| 利用日 | 20　　　年　　 　月　　 　日　(　　　　曜日） |
| お子様の氏名 | （男・女)　　　 　歳　　　ヶ月 |

注：添付書類がなければ与薬はできません。お薬は１回分に分けてお持ちください。

|  |  |
| --- | --- |
| □抗アレルギー薬  　薬剤名[　　　　　　　 ]  １回の量  □飲み薬 粉（ mg 　包）  □飲み薬 錠（ mg 　個）  □飲み薬 シロップ（１回分）  □エピペン（ 　　mg）  処方日20　　年　　月　　日  □薬剤情報提供書  □お薬手帳  □その他（　　　　　　） | 抗アレルギー薬を、家庭で使用したことが　□ある　□ない  　使用の目安  注：使用時には必ず連絡させていただきます |
| 保管方法：□室温　　□冷蔵　　□その他（　　　　　　）  最終与薬：ご家庭で　　　月　 　日 　　時 　　分に与薬済み |

上記内容で与薬をお願いいたします。尚、依頼書の通りに与薬し万が一事故が発生した場合、病児・病後児保育室に対して法的な責任を問いません。

保護者氏名　　　　　　　 　印

＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊以下は担当者が記載します＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 受取者 | 与薬者 | 確認者 |
| （　　時　　分） | （　　時　　分） | （　　時　　分） |

薬の返却　有・無

内容（　　　　　　　　　　　　　）　　確認(返却)サイン