

# 与薬確認票

子	カナ)	歳	ヶ月	生年月日	H・R	年	月	日
母・父		携帯番号	-	-	(緊急連絡用)			

## 1. 常用薬

薬剤名： \_\_\_\_\_

1回量： \_\_\_\_\_

飲ませる時： \_\_\_\_\_

確認者： \_\_\_\_\_

与薬者： \_\_\_\_\_

与薬時刻： \_\_\_\_\_

## 2. 常用薬

薬剤名： \_\_\_\_\_

1回量： \_\_\_\_\_

飲ませる時： \_\_\_\_\_

確認者： \_\_\_\_\_

与薬者： \_\_\_\_\_

与薬時刻： \_\_\_\_\_

## 3. 常用薬

薬剤名： \_\_\_\_\_

1回量： \_\_\_\_\_

飲ませる時： \_\_\_\_\_

確認者： \_\_\_\_\_

与薬者： \_\_\_\_\_

与薬時刻： \_\_\_\_\_

## 4. 常用薬・頓服

薬剤名： \_\_\_\_\_

1回量： \_\_\_\_\_

飲ませる時： \_\_\_\_\_

確認者： \_\_\_\_\_

与薬者： \_\_\_\_\_

与薬時刻： \_\_\_\_\_

※アレルギーについて

絶対に避けるもの： \_\_\_\_\_

できれば避けるもの： \_\_\_\_\_

様態悪化時はすぐに御連絡し、クリニックへの受診・救急搬送等対応しますので、連絡が常につくようお願いいたします。

上記内容と相違ないと確認し、与薬を依頼します。

令和 年 月 日

保護者名 \_\_\_\_\_

説明者を担当した保育士 \_\_\_\_\_