診療同意書　兼　与薬依頼書

年　月　日

児童氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

病児保育パラソル利用中に、病状に応じて検査、治療を行ったり、内服薬の変更をしたりすることに	同意します　・　同意しません 同意されなかった場合は、かかりつけ医を受診して下さい
パラソル利用中に内服薬が処方されたとき、パラソルでの内服を	希望します　・　希望しません
高熱の場合、パラソルでの解熱剤の使用を	希望します　・　希望しません
希望する場合、電話での連絡を	希望します　・　連絡はなしでよい

保護者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

連絡先①＿＿＿＿＿＿＿＿　連絡先②＿＿＿＿＿＿＿＿

喘息等の疾患	有　・　無
薬物アレルギー	有　・　無
食物アレルギー	有　・　無
熱性けいれん	有　・　無
最終けいれん日　月　日	タイアップの使用　有　・　無

		/		/		/		/		/	
時間	受領者										
種類	投与者										