

診療同意書 兼 与薬依頼書

令和 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 <small>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</small>
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 _____

連絡先① _____

連絡先② _____

今回処方された以外のお薬の服用	有 ・ 無
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	ダイアップの使用 有 ・ 無

	/	/	/	/	/
時間	受領者				
種類	投与者				

※ お子様の健康時の排便の状態 回/ 日
 例) 2~3回/日 ・ 1回/2~3日 ・ 2回/1週間