

服薬投薬連絡票

依頼者	保護者氏名		連絡先	自宅
	子供氏名			携帯
	年齢	歳 学年		その他
主治医	病院名			
	電話番号		担当	
病名	※複数ある場合は全て記入してください。			
投薬方法	薬の対応	コーチの対応	準備	
	<b>1</b> ( ) 薬の管理はコーチにお願いします。 薬は子供自身で飲みます。	お預かりした薬袋ごとお子様へ渡し、飲んだ後の薬袋を回収します。	<input type="checkbox"/> 投薬連絡票 <input type="checkbox"/> おくすり手帳の写し <input type="checkbox"/> 投薬1回分を袋に入れ、投薬回数分の準備 <input type="checkbox"/> 袋ごとに名前、何日の投薬タイミングの記入	
	<b>2</b> ( ) 薬の管理および投薬をコーチにお願いします。	投薬のタイミング、決められた量を守り責任もって対応いたします。	<input type="checkbox"/> 投薬連絡票 <input type="checkbox"/> おくすり手帳の写し <input type="checkbox"/> 投薬1回分を袋に入れ、投薬回数分の準備 <input type="checkbox"/> 袋ごとに名前、何日の投薬タイミングの記入	
	<b>3</b> ( ) 薬は本人で管理し、子供自身で飲みます。	食事前後、就寝時、起床時に全体への声掛けのみおこないます。	<input type="checkbox"/> 投薬連絡票 <input type="checkbox"/> おくすり手帳の写し	
※ 該当する対応方法の1・2・3のどれかに○を付けてください。 ※ 酔い止めや目薬など、万が一投薬忘れが起こった場合でも重篤な症状に繋がらない場合、投薬連絡票、おくすり手帳の写しは必要ありません。				
保管時の注意点	特になし・特別な保管方法 ( )			
薬の種類	粉・液(シロップ)・塗り薬・その他 ( )			
薬の内容	抗生剤・解熱鎮静剤・咳止め・下痢止め・風邪薬・塗り薬			
薬成分 その他 アレルギーなど	※おくすり手帳の写しがない場合は薬の成分など詳しくご記入ください。			

子供氏名：

該当するものに○を付け、必要事項をご記入ください。

		いつ？		薬名・量	注意事項
使用日時	1日目	昼食	前		
			後		
		夕食	前		
			後		
		入浴	前		
			後		
		就寝	前		
	後				
	その他				
	2日目	起床	後		
		朝食	前		
			後		
		昼食	前		
			後		
その他					
使用方法 注意事項	※具体的な使用方法をご記入ください。				
連絡事項	※コーチが知っておくべき健康上重要事項がある場合ご記入ください。				
	※お子様の持病等の情報共有につきましては通院治療時期も含めご記入ください。				