

令和 年 月 日

与薬同意書

下記の児童は、現在、治療中であるため、下記のとおり「キッズランドきらきら」が当該児童に与薬することに同意します。

なお、下記の与薬により損害が生じた場合は、「キッズランドきらきら」を一切免責するものとします。

(ご署名) _____

児 童 の 氏 名		
治療中の病気・怪我の名称		
投薬の指示を受けた病院の名称		
与 薬 期 間	令和 年 月 日～令和 年 月 日	
薬の種類	1回分の分量	与薬時間
<input type="checkbox"/> カプセル・ <input type="checkbox"/> 錠剤・ <input type="checkbox"/> 粉薬・ <input type="checkbox"/> 水薬・ <input type="checkbox"/> 点眼薬・ <input type="checkbox"/> 塗り薬		<input type="checkbox"/> 食前・ <input type="checkbox"/> 食後・ <input type="checkbox"/> 食間 <input type="checkbox"/> その他 ()
<input type="checkbox"/> カプセル・ <input type="checkbox"/> 錠剤・ <input type="checkbox"/> 粉薬・ <input type="checkbox"/> 水薬・ <input type="checkbox"/> 点眼薬・ <input type="checkbox"/> 塗り薬		<input type="checkbox"/> 食前・ <input type="checkbox"/> 食後・ <input type="checkbox"/> 食間 <input type="checkbox"/> その他 ()
<input type="checkbox"/> カプセル・ <input type="checkbox"/> 錠剤・ <input type="checkbox"/> 粉薬・ <input type="checkbox"/> 水薬・ <input type="checkbox"/> 点眼薬・ <input type="checkbox"/> 塗り薬		<input type="checkbox"/> 食前・ <input type="checkbox"/> 食後・ <input type="checkbox"/> 食間 <input type="checkbox"/> その他 ()
薬に関する詳細事項		
与薬時の注意事項		

※お薬は、1回分の分量に分け、それぞれにお子様の氏名を記名してください。

※医師の指示内容のわかるもの（処方箋のコピー、病院等の薬袋等）を添付してください。