

平成 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	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日	
薬の種類	1回分の分量	与薬時間
カプセル・錠剤・粉薬・水薬・ 点眼薬・塗り薬		食前・食後・食間 その他()
カプセル・錠剤・粉薬・水薬・ 点眼薬・塗り薬		食前・食後・食間 その他()
カプセル・錠剤・粉薬・水薬・ 点眼薬・塗り薬		食前・食後・食間 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。