

むこうじま保育園病児保育室・たかはた北保育園病後児保育室

同意書

氏名 (歳 ヲ月) 生年月日 令和 年 月 日

同意事項

- ☐ お子さまの容態が急激に変化した場合などの緊急時には、保護者の同意を得て受診、治療、処置を行うこと、または保護者に連絡が取れない場合でもこれを行うことがあります。
- ☐ 利用者間の感染には、細心の注意を払っておりますが、病状によっては感染する可能性があります。
- ☐ 診察結果に基づいて、嘱託医が処方した薬剤の与薬依頼をします。(病児保育室のみ)
- ☐ 薬剤情報提供、または、お薬手帳の控え通りに、持参薬の与薬依頼をします。

薬の飲ませ方

- ① 水に溶かして ② 少量の水で練る ③ そのまま口に入れる ④ その他
()

依頼する薬剤名と与薬時間

・
・
・

☐ すべてに同意しない。

同意する事項の□に✓をした上で、ご署名ください。

令和 年 月 日

署名

以下は病児・病後児保育室担当者が記載します。

- | | | |
|-------|------|--------|
| 1、薬剤名 | 与薬時間 | 与薬者サイン |
| 2、薬剤名 | 与薬時間 | 与薬者サイン |
| 3、薬剤名 | 与薬時間 | 与薬者サイン |