診療同意書　兼　与薬依頼書

令和　　年　　月　　日

利用者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

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 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
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
内服薬（処方されたすべての薬）は先発品・後発品どちらが希望ですか ※先発品を選択した場合、上限額を超え支払いが発生することがあります 先発品　・　後発品	
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＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※　連絡先は可能性な限り2か所の記入をお願いいたします

①連絡先（父・母・職場・他）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

②連絡先（父・母・職場・他）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※　喘息・てんかん・アレルギー（アトピー性皮膚炎含む）等で常用薬がある方は薬剤を記入してください 服用中の薬・吸入薬等も記入してください
※医師連絡票をお持ちの方　　他院（かかりつけ医・耳鼻科）からの処方薬の服用　有　・　無
食物アレルギー　　有　食品名を記入してください（　　）　・　無
熱性けいれん　　有　最終けいれん　　年　　月　　日　ダイアップの使用　有　・　無
お子様の健康時の便の状態　　回／日　　例）1回／日・1回／2～3日・2回／1週間

月　日		月　日		月　日		月　日		月　日	
受領者	種類	受領者	種類	受領者	種類	受領者	種類	受領者	種類
時間	投与者	時間	投与者	時間	投与者	時間	投与者	時間	投与者