



与薬依頼書

アリスシッター与薬ルールについて承諾の上、医師の指示に基づき服用することが必要な薬を服用するための支援をベビーシッターに依頼します。

なお、薬の服用支援は以下の与薬内容にしたがって行うものとし、これにより発生したいかなる事象についても、株式会社アリスキャリアサービス及び、支援を行ったベビーシッターに対して責任を問わないことを了承します。

年 月 日 保護者氏名 _____

与薬依頼ができる薬

- 内服薬(粉薬・シロップ薬・丸薬)
 - 塗り薬(皮膚への軟膏、処方された保湿剤等)
 - 吸入(鼻腔粘膜への薬剤噴霧等)
 - 点眼薬
 - 坐薬
 - 皮膚への湿布薬
- ※ 例外として、以下の薬は医師の処方による薬剤ではない(市販薬)の場合でも、与薬をお受けできます。
(日焼け止め・虫よけスプレー・かゆみ止め・保湿剤)

与薬する日 年 月 日

与薬依頼時間	薬名	量	服用方法
AM PM	:		
AM PM	:		
AM PM	:		
AM PM	:		
AM PM	:		

※薬ごとに1回分ずつ分けてご記入ください。

【アリスシッター与薬ルール】

- 上記、必要事項を記入されていない場合は与薬できません。
- 「与薬依頼書」・「薬剤情報提供書またはお薬手帳」・「与薬する薬剤」の3点が揃っていない場合は与薬できません。
- 塗布薬・点眼薬の与薬が1ヵ月以上に及ぶ場合は、再受診をして医師に与薬連続の必要性をご確認ください。なお継続が必要と診断された場合は新しい薬剤の処方を依頼し、新しい薬剤をご用意ください。
- 薬名は薬剤情報提供書またはお薬手帳の通り正しい薬剤名をご記入ください。薬剤情報提供書またはお薬手帳と同一でない場合は与薬できません。
- 医師の処方による薬剤のみ、与薬回数分しかお預かりできません。
- 薬物アレルギーがある場合、与薬できないこともございます。

シッター確認サイン _____

※シッターは所定の方法にて報告する事