

確認書(注入・外用薬)

ご自宅で記入して頂き、入院時に病棟の看護師へ渡して下さい。

患者名:

入院期間中の注入・外用薬等、下記についてご記入下さい。
注入時間は医師が治療上指定する場合を除き、病院の時間に合わせていただきます。
なお、病棟の状況により注入時間は多少ずれることがあることを御承知おきください。

愛知県医療療育総合センター 中央病院 確認看護師

注入内容 記入欄	記入例 : ラコール200ml+ソリタ100ml (該当時間欄に記入してください)
6時	
11時	
16時	
20時	
23時	

点眼薬 記入欄	記入例 : ヒアロン酸 両眼 1日3回 朝・昼・夕

軟膏類 記入欄	記入例 : 亜鉛華軟膏 おしりが赤い時

吸入薬 記入欄	記入例 : ムコフィリン 1包 1日2回 朝・夕

浣腸・坐薬 記入欄	記入例 : グリセリン浣腸30ml 1日2回 朝・夕 毎日

その他

年 月 日 上記内容を説明しました。

家族氏名
