

与薬依頼書

年 月 日記

注意事項：可能な限りご家庭での与薬が出来るよう医師にご相談ください。

やむを得ない事情の場合に限り、薬は1回分の量を小分けにした上でお持ちください。
(薬の包装に記載されている日付と異なる場合はお預かりできません)

組

園児名:

病名(又は症状)および園での与薬が必要な理由		病名・症状 (園での与薬がどうしても必要である理由を明記ください) 例:1日3回処方でなければ効果が得られない薬と説明されたため など	
主治医		氏名	TEL —
		(病院・医院)	
薬について	処方日	西暦 年 月 日 (日分)	
	園での与薬期間	西暦 年 月 日 (曜日) から	
		西暦 年 月 日 (曜日) まで	
	保管方法	室温 冷蔵庫 その他()	
	薬の剤型	粉・錠剤(種類) 計 錠・袋 ・ シロップ(種類) 外用薬 ・ その他()	
薬の内容容	抗生物質・解熱剤・咳止め・下痢止め・鼻水止め・目薬・点鼻薬 点耳薬・塗り薬・その他()		
使用手段	使用期限	<ul style="list-style-type: none"> 必ず食前・食後に飲む(おやつ前、おやつ後でも可・不可) 食事に関係なく、決められた時間に飲む *朝の服用から 時間以上空ける その他 () 	
	使用方法	飲ませ方・塗り方などについて具体的にご記入ください。	
* その他、特記事項があれば書いてください			
薬剤情報提供書		あり・なし	持参している薬の量 1回分・他()
依頼者・保護者氏名			Ⓜ
与薬中の連絡先			(携帯・その他)

※用紙は園で保管しますので、朝、1回分の薬を持参の上、職員へお申し出下さい。

※違う薬を処方されたり、薬の種類が増減した場合は、改めて新しい用紙に記入をお願いします。