

与薬依頼書

年 月 日

園長様

医師の診察を受けたところ、下記の通り指示がありましたので、お願いいたします。
 なお、服用については、保護者である私が一切の責任を負います。

保護者氏名 _____ 印

<注意事項>

- ★園での与薬は、医師の処方した薬に限ります。
- ★内服薬は、1回分のみお持ちください。
- ★容器、薬袋に名前をお書きください。
- ★薬とともに職員にお渡しください。
- ★特別な注意や指示がある場合は必ず特記事項にお書きください。

※必要なものは○で囲んでください。

| | | | |
|----------|--|--------|-----|
| クラス名 | | 園児名 | |
| 病院名 | | 病名 | |
| 処方された年月日 | 年 月 日 | 朝の服用時間 | 時 分 |
| 薬の名前 | | | |
| 薬の用途 | 抗生物質 ・ 咳止め ・ 下痢止め ・ 消炎剤 ・ 鼻 整腸剤 ・ 抗アレルギー薬 ・ 気管支拡張剤 ・ 外用薬 その他 () | | |
| 薬の種類 | 内服 ・ 外用 ・ 点眼 | | |
| 与薬方法 | 食前 食間 (時間) 食後 その他 () | | |
| 服用日 | 年 月 日 | | |
| 特記事項 | | | |
| 園側記入欄 | 与薬実行確認氏名 () 服用時間 () | | |

※ 必要なものは○で囲んでください。

| 登園許可書 | | | |
|-------|---|--------------------|------------------------|
| 園名 | あいだこども 泉田こども おこぼ ひまわり | こぼと さざなみ せん月 | 善隣 中原 林 人吉こども |
| 園児氏名 | | | |
| 病名 | インフルエンザ 流行性耳下腺炎 咽頭結膜熱(プール熱) 水痘 溶連菌感染症 マイコプラズマ肺炎 麻疹 百日咳 流行性角結膜炎 手足口病 伝染性紅斑 風疹 ヘルパンギーナ RS ウィルス感染症 感染性胃腸炎 その他 [] | | |
| 病院名 | 年 月 日より登園を許可します。 | | |
| 主治医 | 印 | | |
| | 年 月 日 | | |