

与薬依頼書

担任印	園長印

《保護者記入欄》

大和南保育園 園長殿

保護者に代わり、保育園での与薬をお願いします。

平成 年 月 日

組 園児名

保護者名

《医師記入欄》

《注意》

- ①風邪薬・下痢止めはお預かりできません。
- ②1日3回の薬は朝・降園後・寝る前の3回で投薬可能な場合は保育園でのお預かりはいたしません。
- ③保育園生活に支障がない場合、下記「薬剤情報書」の記載をお願いいたします。

薬 剤 情 報 書

上記園児の薬剤情報は以下の通りです。

病名	熱性けいれん その他けいれん疾患(病名) 気管支喘息 アレルギー性疾患(病名) 結膜炎 湿疹 その他の皮膚疾患() 花粉症 その他の慢性疾患(病名)
薬名	
薬理作用	抗けいれん剤 気管支拡張剤 抗アレルギー剤 保湿剤 抗生物質 その他()
種類と量	<input type="checkbox"/> 散剤()包/日 <input type="checkbox"/> 水薬()目盛/回 ()回/日 <input type="checkbox"/> 錠剤()錠/日 <input type="checkbox"/> 座薬()mg/回 <input type="checkbox"/> 軟膏()回/日 <input type="checkbox"/> 点眼()回/日
指示期間	年 月 日～ 年 月 日まで (最 長 6 ヶ 月)
特記事項	
医療機関名	年 月 日
医師名	印