

与薬依頼書 (保護者記入)

ドリームキッズ花南保育園 園長殿

医師と相談の結果、やむを得ず保育園での保育時間中に与薬が必要となりました。下記の指示書通りに、保護者に代わり保育園での与薬をお願いします。

児童名 _____

西暦 年 月 日

保護者氏名 _____

特記事項 (薬の飲ませ方:そのまま飲める、水に溶く、など)

※与薬指示書と一緒に、**薬剤情報提供書**もしく**薬手帳**のコピーを添えて、直接職員に手渡してください。

与薬指示書 (医師記入)

上記、児童について当院で加療中です。登園の際は保護者に代わり与薬をお願いします。

病名			
指示期間	年 月 日	～	年 月 日 (最長 6か月まで)
薬品名			
内服薬の量 (1回量)	散剤 () 包	・ 水薬 () 目盛り	・ 錠剤 () 錠 その他 ()
与薬時間	昼食前	・ 昼食後	・ その他 ()
外用薬の量 (1回量)	塗布薬	・ 貼布薬	(使用量:) 目薬 (右目 滴 / 左目 滴) ・ 座薬 () 個
使用部位・方法・時間			
保存方法	常温	・ 冷蔵	・ その他 ()

西暦 年 月 日 医療機関名

電話番号

医師名

園記入欄	受領者 :	日付 :	<input type="checkbox"/> 薬剤情報提供書・薬手帳との確認
------	-------	------	--