

宛先 新通こども園園長

与薬依頼書

診察医師と相談の結果、やむを得ず保育時間中に与薬が必要になりましたので依頼します。

西暦 年 月 日

保護者氏名

児童氏名			
クラス名			
病名や症状			
医療機関名 (担当医師名)			
薬剤名			
与薬期間	令和 年 月 日から令和 年 月 日まで		
内服薬①	内服時間	昼食前 : 昼食後 その他 ()	
	内服方法	そのまま : 水で溶く その他 ()	
内服薬②	内服時間	昼食前 : 昼食後 その他 ()	
	内服方法	そのまま : 水で溶く その他 ()	
塗り薬	塗る時間	回数 回 (時間)	
	塗る部位		
点眼薬	点眼時間	回数 回 (時間)	
	部位と量	右目 滴 : 左目 滴	

【確認事項】

- 1.薬の容器や袋には、必ずクラス名と園児名を記載するとともに、内服薬などが複数の場合には、それぞれ①、②と記載してください。
- 2.薬剤情報提供書の提出を依頼する場合があります。
- 3.お子様の状態が悪化したときはすぐにご連絡いたします。

以下、こども園記録欄

受付者サイン								
実施月日								
実施者サイン								
実施月日								
実施者サイン								