

投薬・与薬依頼書

提出年月日： 年 月 日

赤碕こども園 園長様

保護者氏名： _____ ㊟

クラス名： _____ 組

園児氏名： _____

医師の診察の結果、投薬が必要と診断されましたので、保護者に代わり、園での与薬をお願い致します。

受診医療機関名： _____

受診年月日： 年 月 日

診断名：(該当する病名に「✓」をお書きください)

- 感冒（かぜ） 咽頭炎 扁桃炎 気管支炎 気管支喘息 喘息性気管支炎
乳児嘔吐下痢症 感染性胃腸炎 周期性嘔吐症 中耳炎（急性・滲出性）
伝染性膿痂疹（とびひ） 溶連菌感染症 熱性痙攣 アトピー性皮膚炎
結膜炎（急性・アレルギー性） その他（ _____ ）

投薬期間： 年 月 日 より 日間

該当する項目に「✓」または記入

与薬期間	年 月 日 より 日間
時間	<input type="checkbox"/> 食前 <input type="checkbox"/> 食間 <input type="checkbox"/> 食後 (_____ 回)
方法	<input type="checkbox"/> 内服 <input type="checkbox"/> 塗布 <input type="checkbox"/> 点眼 <input type="checkbox"/> 点鼻 <input type="checkbox"/> 点耳 <input type="checkbox"/> その他 (_____)
種類	<input type="checkbox"/> 散薬 (_____ 包) <input type="checkbox"/> 水薬 <input type="checkbox"/> 軟膏 <input type="checkbox"/> 点眼薬 <input type="checkbox"/> 点鼻薬 <input type="checkbox"/> 点耳薬 <input type="checkbox"/> その他 (_____)
家庭での 症状・様子	与薬期間中に園児の体温やご機嫌などの気になる症状が見られる場合は、赤碕こども園までお知らせください。

*園での与薬期間は医師による投薬期間内とさせていただきます。

*お薬は医師の処方によるもののみで、市販薬はお受けできません。

(医師の名前が明記されているお薬の説明書やお薬手帳を一緒に提出してください)

*お薬は1回分をお持ちください。

*お薬は必ず名前を記入してください。