

投薬・与薬依頼書

提出年月日 令和 年 月 日

園長様

保護者名

組 名 組

園 児 名

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

受診医療機関名:

受診日: 令和 年 月 日

診断名:(該当する病名に☑をしてください)

- 感冒(かぜ) 咽頭炎 へんとう炎 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
熱性けいれん 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: 令和 年 月 日より 日間

下記の該当する項目に○印または記入

与薬期間	令和 年 月 日より 日間
時 間	食前 ・ 食間 ・ 食後 ()回
方 法	内服 ・ 塗布 ・ 点眼 ・ 点鼻 ・ 点耳 その他()
種 類	散薬()包 ・ 水薬 ・ 軟膏 ・ 点眼薬 ・ 点鼻薬 点耳薬 ・ その他()
家庭での症状 (様子等)	与薬期間中は体温や機嫌、気になる症状等について登園時や連絡ノートなど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。

*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下さい。)

*薬は1回分をお持ちください。(必ず名前を記入のこと)