

与薬依頼書

医師の指示により、やむを得ず保育時間中に与薬が必要となりました。保護者の責任の下に下記の内容で与薬を依頼します。

	組 園児名						
依頼日 令和 年 月 日	保護者サイン						
病名(または症状)	医療機関名(担当医師名)						
★持参した薬は、令和 年 月 日に処方された 日分のうち本日の1回分です。							
薬の内容(該当するものに✓)	<input type="checkbox"/> 抗生物質	<input type="checkbox"/> 咳止め	<input type="checkbox"/> 下痢止め	<input type="checkbox"/> 整腸剤	<input type="checkbox"/> かぜ薬	<input type="checkbox"/> 解熱剤	<input type="checkbox"/> 保湿剤
	<input type="checkbox"/> 点眼薬	<input type="checkbox"/> その他 ()					
薬の種類 与薬時間 与薬箇所 必要箇所に○印と 用量を記入してください。	内服薬	水薬	個	粉薬	個	錠剤	個
	服用が必要な時 食前・食後・その他()						
	点眼薬	個	右目	・	左目	・	両目
	点眼が必要な時						
	保湿剤・軟膏	個	塗布箇所				
塗布が必要な時							
園記載	受取者サイン			与薬者サイン		与薬時間	

与薬依頼書

医師の指示により、やむを得ず保育時間中に与薬が必要となりました。保護者の責任の下に下記の内容で与薬を依頼します。

	組 園児名						
依頼日 令和 年 月 日	保護者サイン						
病名(または症状)	医療機関名(担当医師名)						
★持参した薬は、令和 年 月 日に処方された 日分のうち本日の1回分です。							
薬の内容(該当するものに✓)	<input type="checkbox"/> 抗生物質	<input type="checkbox"/> 咳止め	<input type="checkbox"/> 下痢止め	<input type="checkbox"/> 整腸剤	<input type="checkbox"/> かぜ薬	<input type="checkbox"/> 解熱剤	<input type="checkbox"/> 保湿剤
	<input type="checkbox"/> 点眼薬	<input type="checkbox"/> その他 ()					
薬の種類 与薬時間 与薬箇所 必要箇所に○印と 用量を記入してください。	内服薬	水薬	個	粉薬	個	錠剤	個
	服用が必要な時 食前・食後・その他()						
	点眼薬	個	右目	・	左目	・	両目
	点眼が必要な時						
	保湿剤・軟膏	個	塗布箇所				
塗布が必要な時							
園記載	受取者サイン			与薬者サイン		与薬時間	