

与薬依頼書

与薬依頼書

家庭より	
保護者氏名	(Tel)
子どもの名前	(男・女) 才 組
与薬年月日	令和 年 月 日～令和 年 月 日
病名・症状	
主治医	病院・医院(Tel)
薬の処方年月日	令和 年 月 日
薬の剤型	錠剤・粉末・液体(シロップ)・外用薬・座薬
薬の内容	抗生物質・解熱剤・下痢止め・かぜ薬・外用薬 座薬・その他(詳細)
投与時間	食前・食間・食後・その他(詳細)
その他注意事項	
投 与 記 録	日 午前・午後 時 分(担当)
	日 午前・午後 時 分(担当)
	日 午前・午後 時 分(担当)
	日 午前・午後 時 分(担当)
	日 午前・午後 時 分(担当)
	日 午前・午後 時 分(担当)

家庭より	
保護者氏名	(Tel)
子どもの名前	(男・女) 才 組
与薬年月日	令和 年 月 日～令和 年 月 日
病名・症状	
主治医	病院・医院(Tel)
薬の処方年月日	令和 年 月 日
薬の剤型	錠剤・粉末・液体(シロップ)・外用薬・座薬
薬の内容	抗生物質・解熱剤・下痢止め・かぜ薬・外用薬 座薬・その他(詳細)
投与時間	食前・食間・食後・その他(詳細)
その他注意事項	
投 与 記 録	日 午前・午後 時 分(担当)
	日 午前・午後 時 分(担当)
	日 午前・午後 時 分(担当)
	日 午前・午後 時 分(担当)
	日 午前・午後 時 分(担当)
	日 午前・午後 時 分(担当)

【注】・与薬依頼書については必ず主治医が園での投与を必要とみなした場合のみです。

・連続した投与は1週間を上限とします。引き続き与薬が必要とみなした場合は、与薬依頼書を再度提出してください。

・突発事態に備えた常備薬は、園長とご相談ください。

・薬の調合・医薬機器等が必要な場合はお断りします。

【注】・与薬依頼書については必ず主治医が園での投与を必要とみなした場合のみです。

・連続した投与は1週間を上限とします。引き続き与薬が必要とみなした場合は、与薬依頼書を再度提出してください。

・突発事態に備えた常備薬は、園長とご相談ください。

・薬の調合・医薬機器等が必要な場合はお断りします。