

与薬依頼表

あとりあ保育園 園長殿

依頼日：令和 年 月 日

クラス名 _____

児童名 _____

保護者名 _____

【下記の通り、保護者にかわり、与薬をお願いします。】

- 医師が処方した薬です。
- 薬は1回ずつに分けています。当日分のみ持参しました。(シロップの場合除く)
- 薬の袋や容器に子どもの氏名を明記しています。
- 薬剤情報提供書またはお薬手帳のコピーを持参しました。

〈保護者記入欄〉

病名 (症状)	
薬剤名	
医療機関名	医療機関名： 担当医師名： (電話番号：)
薬剤処方日	令和 年 月 日 (日分)
与薬時間	食前 ・ 食間 ・ 食後 ・ ()時に ・ ()回
保管方法	常温 ・ 冷蔵 ・ その他 ()
与薬方法	内服 (1回の分量：) 塗布 (患部：) 点眼 (右・左・両眼) 点鼻 (右・左・両眼) 点耳 (右・左・両眼) その他 ()
与薬の種類	抗生剤 ・ 咳 ・ 鼻水 ・ 整腸剤 ・ 痰 ・ その他() 散剤()包/回 シロップ()ml/回 軟膏の量() 点眼薬()滴/回 点鼻()プッシュ/回 点耳()滴/回
投与方法	水で溶く ・ そのまま ・ その他()

与薬日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
与薬者	サイン：	サイン：	サイン：	サイン：	サイン：
与薬時間	時間：	時間：	時間：	時間：	時間：
実施状況					

※与薬が終わりましたら、こちらの与薬依頼表は保育園にて保管いたします。