

与薬依頼書

ひかり保育園 園長

児童氏名 _____

保護者氏名 _____

疾患名			
症状			
薬の種類	水薬・散薬・錠剤・ 点眼剤・軟膏	水薬・散薬・錠剤・ 点眼剤・軟膏	水薬・散薬・錠剤・ 点眼剤・軟膏
薬の名前			
薬の効能及び 注意事項			
薬の保存方法			
与薬量			
与薬時間	食前・食後・食間・ 時間おき	食前・食後・食間・ 時間おき	食前・食後・食間・ 時間おき
与薬期間	月 日より 日間		
服用できなかつた場合の対処法			

保育中の与薬を必要とすることを認めます。

平成 年 月 日

医療機関住所及び名称 _____

医師名 _____ 印

【注意事項】

1. 本証書は、やむを得ず保育中に与薬を必要と医師が認めた場合に限り発行します。
(原則として当園では、与薬は行いません。)
2. 症状の欄は、なるべく詳しく記入してください。
3. 与薬証明期間を過ぎ、更に与薬の必要がある時には再提出してください。
4. 薬は、1回分のみ、お持ちください。又、薬袋に月日と名前を記入して下さい。必ず職員に手渡してください。