

(注) 主治医および保護者の方へ

保育園には薬剤管理を専門にする職員はおりません。通園中にどうしても与薬が必要な薬を除き、投与時間や回数に配慮し、できるだけ家庭で与薬が済ませられるようにご協力ください。

アトピー性皮膚炎などの軟膏などは、朝夕しっかり自宅で塗布しても効果が得られないときのみ保育園で塗布をご指示ください。

与薬指示書

保育園長 様

下記の保育園児について当院で加療中ですが、登園の際は、保護者にかわり与薬をお願いします。

保育園名 _____

氏名 _____

病名 _____

<input type="checkbox"/>	熱性けい れん予防	薬の名前 ダイアアップ () mg	形状 座薬	内容 熱性けいれん予防	投与が必要な状態 体温が () °C以上
--------------------------	--------------	-----------------------	----------	----------------	--------------------------

<input type="checkbox"/>	そ の 他	薬の名前	形状	内容	保育中に投与が必要な理由	
		・				
		・	散 (1回 袋)			
		・	液 (1回 c c)			
		・	錠剤 (1回 錠)			
		・	その他 ()			
		保育園での与薬時刻	昼食前	昼食後	その他 ()	

今回の処方投与期間

年

月

日～

年

月

日

医療機関名 _____

医師名 _____

印 _____