

与薬依頼書

平成 年 月 日 ()			
園児名		クラス名	
保護者名	Ⓔ		
病名・症状			
受診した病院		受診した病院の 電話番号	
調剤した薬局 ※提供書や薬袋が ない場合		調剤した薬局の 電話番号	
※ 持参した薬に関して該当するものを○で囲んでください。			
予約時間 その他に詳細を ご記入ください。	食前	食後	その他 ()
薬の種類	粉	液 (シロップ)	外用薬 その他 ()
薬の内容 ・薬品名	抗生剤 ()	痰切り ()	外用薬 ()
	咳止め ()	整腸剤 ()	その他 ()
病状 (家庭での様子)			
① 熱: ℃	② 機嫌: 良 良くない	③ 咳: あり なし	④ 食欲 あり なし
⑤ 便の様子: 普通 やわらかい 下痢気味		⑥ その他:	
<p>◆「与薬」についての約束事項</p> <ul style="list-style-type: none"> 薬は医師の指示によるもののみお受けしています。 薬は一回分を、薬袋または医師のラベルの付いた容器に入れてください。 袋や容器にはお子さんの名前を記載してください。 この依頼書はもれなく記載し、与薬する日ごとに薬と一緒に通園かばんのボタン開閉部の中に入れてください。 ※ ただし、アレルギー等で同じ薬剤を長期間使用している場合には、毎月初めに1か月分として提出してください。 (平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日) ※ アレルギー反応が出た場合の薬については医師の指示書を添付してください。 薬剤情報提供書も毎回添付してください。(毎回返却いたします。複写したものの方がありがたいです。) 薬剤情報提供書や薬袋がない場合のみ薬局名と薬局の電話番号をご記入ください。 与薬依頼書がないお薬については、原則として与薬することができません。 			
その他の注意事項			
提供者 _____			