

与薬依頼票

依頼日：令和 年 月 日

みなと幼稚園 園長殿

組名 ()組

園児名 ()

保護者名 () 印

下記のとおり医師の処方を受けましたので、園での対応を依頼します。

なお、園に対して、与薬についての責任は問いません。

受診医院(医師)等名：
医院(病院)TEL：
①病名(又は症状)：
②受診日：令和 年 月 日
③投薬時間： 食前 ・ 食後 ・ その他()
④薬の種類 錠剤 ・ 散薬 ・ 水薬 ・ 軟膏 ・ 点眼薬 ・ その他()
⑤症状(家庭での様子) 熱： °C 機嫌： 良 ・ 不良 ・ むらがある 咳： 有 ・ 無 ・ ときどきある 鼻汁： 有 ・ 無 ・ ときどきある 食欲： 有 ・ 無 ・ むらがある 便の状態： 普通 ・ やわらかい ・ 下痢気味 その他：()

○与薬についての約束事項・注意事項

- ・ 必要事項をご記入の上、該当項目を○で囲み、保護者の押印をお願いします。
- ・ 薬は医師の処方によるもののみで、市販薬はお受けしません。
- ・ 薬は1回分を薬袋または医師の指示ラベルの付いたビンに入れるものとし該当しない袋や古いものはお受けしません。
- ・ 与薬依頼票は、与薬をするごとに薬と一緒に職員に手渡ししてください。
- ・ 必ず職員に投薬の説明をおこなってから、手渡ししてください。
- ・ 医師の記入した「与薬に関する主治医意見書」と本用紙を併せて、ご提出ください。