内服薬・外用薬与薬依頼書

依頼日　　年　　月　　日

医師の診察を受けたところ、下記の通り指示がありましたので与薬をお願いいたします。

クラス名 園児名		年齢 歳	保護者氏名
病院名	医院（病院）	処方日（薬を処方された日） 年　　月　　日	
		与薬期間　　月　　日 ～　　月　　日	
薬品名	薬の説明書（薬剤情報提供書） 原本又はコピーを添付して下さい。		
薬用量 与薬時間	1 日　　回の処方のうち 園にて　昼食前　昼食後　おやつ前　おやつ後　その他（　　）		
病名		症状	
薬の種類	粉薬（　　）種類/回　水薬　顆粒（　）種類/回　塗り薬　点眼薬 その他（　　）		
園での 与薬期間	年　　月　　日（　）曜日 ～　　年　　月　日（　）曜日		
与薬時の 注意事項	（例）飲み方など		

園記入欄	与薬日付、 時間	/	/	/	/	/
	担当サイン					

お預かりできるお薬は下記の通りです。

薬の種類	依頼書の提出
急性期の抗生物質、急性期の塗り薬、点眼	与薬期間中毎
抗アレルギー剤（内服薬）	2 週間毎
アトピー用の軟膏薬	1 ヶ月毎
坐薬（抗けいれん薬のみ）	1 年毎

基本的に与薬依頼書は毎日お返しいたしますので、翌日、薬と一緒にご提出をお願いします。

与薬期間の終了後、与薬依頼書は園にて保存いたします。