

# 与薬依頼書 ( 年度 )

花見光こども園長殿

年 月 日

組・グループ

園児名

保護者名

㊞

**【与薬についての約束事項】**

- ①薬は医師の指示によるものであること（市販の薬はお受けできません）
- ②薬は1回分を、薬袋または医師の指示ラベルのついた容器に入れてください。
- ③この依頼書は、与薬する日ごとに薬と一緒に職員に手渡ししてください。
- ④投薬が終わりましたら、用紙はこども園へ提出してください。こども園で保管いたします

- 1、病名 ( )
- 2、受診した病院 ( )
- 3、病院の電話番号 ( )
- 4、受診日 ( )
- 5、与薬時間 食前 ・ 食後 ・ その他 ( )
- 6、与薬の種類 錠剤 ・ 散薬 ・ 水薬 ・ 軟膏 ・ 点眼薬 ・ 座薬（痙攣止め）
- 7、症状（家庭内でのようす）

月・日					
体温	℃	℃	℃	℃	℃
機嫌	良・不良	良・不良	良・不良	良・不良	良・不良
咳	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし
食欲	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし
便の状態	普通 やわらかい 下痢気味				
受付保育士					
与薬保育士					
与薬時間					