

与薬願い書

SEI 園長殿

生年月日 平成 年 月 日生

クラス _____

園児名 _____

病名 _____

保護者名 _____ 印

発病 平成 年 月 日

平成 年 月 日より全身状態に心配は無くなりましたので登園しますが、医師より下記の処方を受けていますので保育園で与薬をしてください。

与薬指示書

該当するものを○印で囲って下さい。

・剤型 散剤 顆粒 シロップ 錠剤 カプセル 軟膏 パップ剤
坐薬 含み薬 その他

薬品名

・用法 1日 回 食前 食後 就寝前 時間毎
・量 1回 m l 錠ずつ その他
・期間 月 日から 月 日まで
・注意事項 (与薬上の)

医療機関名 _____

担当医 _____

- ・ これは保護者の方がご記入ください。
- ・ お子さんの安全のために是非ご協力ください。
- ・ 与薬願い書どおりの与薬における事故については、園では責任を負いかねますので詳しく説明してください。

※散剤、顆粒等のお薬はどのように御家族で飲んでいますか？