

投薬・与薬依頼書

提出年月日 令和 年 月 日

向山保育園 園長様

保護者名 _____ (印)

組名 _____ 組 園児名 _____

医師の診察の結果、投薬が必要とされましたので、保護者にかわり、園での与薬をお願いいたします。

医療機関名： _____

受診日： 令和 年 月 日

診断名（該当する病名に☑をつけてください）

<input type="checkbox"/> 感冒（かぜ）	<input type="checkbox"/> 咽頭炎	<input type="checkbox"/> へんとう炎	<input type="checkbox"/> 気管支炎
<input type="checkbox"/> 気管支喘息	<input type="checkbox"/> 喘息性気管支炎	<input type="checkbox"/> 乳児嘔吐下痢症	<input type="checkbox"/> 感染性胃腸炎
<input type="checkbox"/> 周期性嘔吐症	<input type="checkbox"/> 中耳炎（急性・滲出性）	<input type="checkbox"/> 伝染性膿痂疹（とびひ）	<input type="checkbox"/> 菌感染症
<input type="checkbox"/> 熱性けいれん	<input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎	<input type="checkbox"/> 結膜炎（急性・アレルギー）	<input type="checkbox"/> その他

投薬期間： 令和 年 月 日より 日間

下記に該当する項目に記入、または、○印をお願いいたします。

与薬期間	令和 年 月 日より 日間
与薬時間	食前 ・ 食間 ・ 食後 ・ () 時に ・ () 回
与薬方法	内服 ・ 塗布 ・ 点眼 ・ 点耳 ・ その他 ()
薬の種類	散薬 () 包 ・ 水薬 ・ 軟膏 ・ 点眼薬 ・ 点鼻薬 ・ 点耳薬 その他 ()
症状（現在の様子）	熱 () 度 機嫌（良・悪・むらがある） 咳（有・無・ときどき） 鼻汁（有・無・ときどき） 食欲（有・無・むらがある） 便（普通・やわらかい・下痢） その他（目やに・耳だれ・ぜいぜい・湿疹・かゆみ・他） ※与薬期間中は体温や機嫌、気になる症状等について登園時や連絡帳などでお知らせください。

- ・園での与薬期間は医師による投薬期間内とさせていただきます。
- ・薬は医師の処方によるもののみで、市販薬はお受けできません。
- ・薬は1回分をお持ちください。（必ず名前を記入の事）

※添付書類・・・お薬手帳の写し 又は 薬局からの薬情報（用紙）