

投 薬 願 い

大島保育園 園長様

年 月 日 ()

クラス				児童氏名
緊急連絡先	<input type="checkbox"/> 緊急連絡カードのとおり <input type="checkbox"/> その他 ()			
病院名(科)	主治医		電話番号	
病名または症状				
薬処方日	年	月	日	
与薬期間	年	月	日	～ 月 日 ※5日まで記入可能
与薬時間	<input type="checkbox"/> 食前 <input type="checkbox"/> 食後			
持参した薬について	・抗生剤 ・解熱剤 ・下痢止め ・咳止め ・風邪薬 ・その他()			
	粉末(種類 袋) シロップ(種類) その他 ()			
その他注意事項				

【保護者確認事項】

上記保護者記入欄の内容は、正確であり記入漏れはありません。

薬剤情報提供書のコピーを添付しました。(保育園で投薬しないものは、×を記入)

また、泣いていて誤嚥の危険性がある時に与薬をしないこと、薬を嘔吐してしまい確実に与薬出来ないことがあることを承知します。その他、薬のアレルギーを起こす可能性も含め、与薬に関わったものの責任を問うことはありません。

保護者氏名



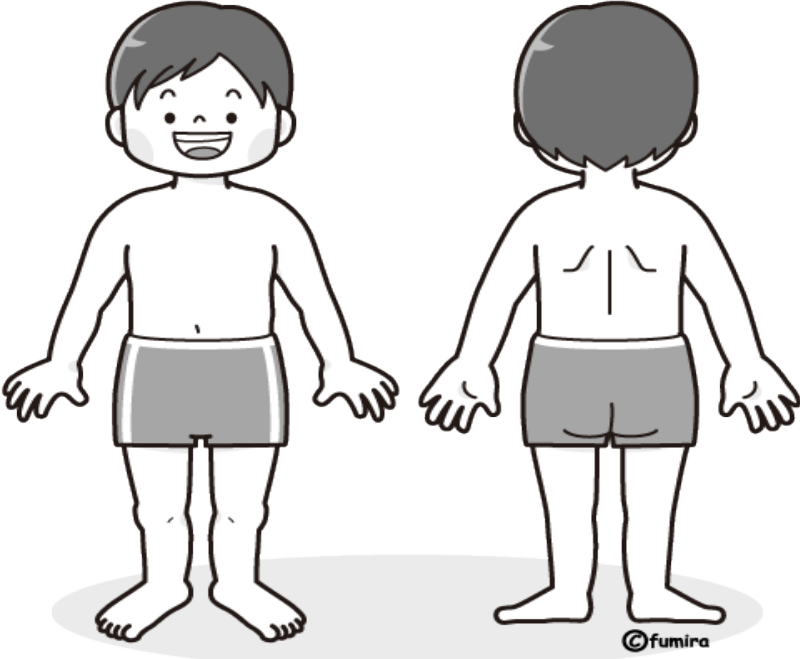
《保育園記載》

保育園記載	受領日	受領者	投薬者	投薬時間	投薬状況
	月 日			時 分	服用・その他()
	月 日			時 分	服用・その他()
	月 日			時 分	服用・その他()
	月 日			時 分	服用・その他()
	月 日			時 分	服用・その他()

投薬願い（外用薬用）

年 月 日

大島保育園園長様

クラス	児童氏名																																	
緊急連絡先	<input type="checkbox"/> 緊急連絡先通り <input type="checkbox"/> その他（ ）																																	
病院名(科)	主治医	電話番号																																
病名または症状																																		
薬処方日	年 月 日																																	
与薬期間	年 月 日 ～ 月 日 最長2週間まで																																	
与薬時間																																		
与薬場所と薬の量を具体的に ご記入ください。 (例：右腕内側のみ肘から 手首まで軟膏を1,5cmぐ らい出して万遍なく塗 る。)	分かりやすく記してください。																																	
																																		
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">園記入欄</th> </tr> <tr> <th>日にち</th> <th>与薬者</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>/</td><td></td></tr> <tr><td>/</td><td></td></tr> <tr><td>/</td><td></td></tr> <tr><td>/</td><td></td></tr> <tr><td>/</td><td></td></tr> <tr><td>/</td><td></td></tr> <tr><td>/</td><td></td></tr> <tr><td>/</td><td></td></tr> <tr><td>/</td><td></td></tr> <tr><td>/</td><td></td></tr> <tr><td>/</td><td></td></tr> <tr><td>/</td><td></td></tr> <tr><td>/</td><td></td></tr> <tr><td>/</td><td></td></tr> </tbody> </table>	園記入欄		日にち	与薬者	/		/		/		/		/		/		/		/		/		/		/		/		/		/			
園記入欄																																		
日にち	与薬者																																	
/																																		
/																																		
/																																		
/																																		
/																																		
/																																		
/																																		
/																																		
/																																		
/																																		
/																																		
/																																		
/																																		
/																																		

上記保護者記入欄の内容は、正確であり記入漏れはありません。
塗り方など分りづらい場合は、正しく投薬できない場合もあります。
薬剤情報提供書のコピーを添付しました。(他の薬剤について保育園で投薬しないものは、×で消す)
外用薬は最長2週間までとし、その間に必ず受診をして下さい。
上記承諾します。

保護者名

