

《 与薬依頼書の記入例 》

おねがい
園では、原則として園児に対する与薬は行いません。園でも与薬が必要という医師の与薬指示がある場合に限り与薬を行います。

与薬依頼書

依頼年月日 平成 ○年 ○月 ○日

すずらん 組 園児名 ながおか 太郎 保護者氏名 ながおか 一郎

| | | | |
|-----------------|---|---------------|----------|
| 処方を受けた 医療機関名 | 〇〇こども病院 | 医療機関の 電話番号 | 〇〇—〇〇〇〇 |
| 病名 | 風邪 | 主な症状 | 鼻水、咳 |
| 内服薬 | ① 粉 水 錠剤 (食前 食後 その他) ② 粉 水 錠剤 (食前 食後 その他) ③ 粉 水 錠剤 (食前 食後 その他) ④ 粉 水 錠剤 (食前 食後 その他) ※乳児の場合は、おおよその時間をその他に記入してください。 | | |
| 連絡先 | 〇〇—〇〇〇〇 | 受理者 園側記入 | 与薬者 園側記入 |
| 備考 | 飲み方『水に溶かさずそのまま飲めます』や、食前食後以外の場合『何時に飲ませてほしい』等お書きください。 | | |

与薬依頼書

【慢性疾患】

依頼年月日 平成 ○年 ○月 ○日

| | | |
|--------|--------------|---------------|
| すずらん 組 | 園児名 ながおか たろう | 保護者氏名 ながおか 一郎 |
|--------|--------------|---------------|

| | | | |
|-----------------|--------------------------|--------------------------|-------------------|
| 処方を受けた 医療機関名 | 〇〇こども病院 | 医療機関の 電話番号 | 〇〇—〇〇〇〇 |
| 病名 | 湿 疹 | 主な症状 | かゆみ |
| 外用薬（軟膏） | 患部 手と足の付け根 | 時間 | 午前 10 時頃 午後 2 時ごろ |
| 点眼薬 | ①回数 回 時間 患部 《 右目・左目 》 | ②回数 回 時間 患部 《 右目・左目 》 | |
| 備考 | | 服用期間 | 月 日～ 月 日 |

※ 薬の使用期限にご注意ください。

| 与薬日 | 与薬者 | 連絡先 | 与薬日 | 与薬者 | 連絡先 |
|-----|-----|------|-----|-----|-----|
| 月 日 | | ※母携帯 | 月 日 | | |
| 月 日 | | | 月 日 | | |
| 月 日 | | | 月 日 | | |
| 月 日 | | | 月 日 | | |
| 月 日 | | | 月 日 | | |
| 月 日 | | | 月 日 | | |
| 月 日 | | | 月 日 | | |
| 月 日 | | | 月 日 | | |
| 月 日 | | | 月 日 | | |
| 月 日 | | | 月 日 | | |
| 月 日 | | | 月 日 | | |
| 月 日 | | | 月 日 | | |
| 月 日 | | | 月 日 | | |
| 月 日 | | | 月 日 | | |

※ 母の携帯など、いつも連絡がつくところを記入してください。

おねがい

園では、原則として園児に対する与薬は行いません。園でも与薬が必要という医師の与薬指示がある場合に限り与薬を行います。

与薬依頼書

依頼年月日 平成 年 月 日

| | | |
|---|-----|-------|
| 組 | 園児名 | 保護者氏名 |
|---|-----|-------|

| | | | |
|-----------------|---|---------------|-----|
| 処方を受けた 医療機関名 | | 医療機関の 電話番号 | |
| 病名 | | 主な症状 | |
| 内服薬 | ① 粉水錠剤（食前 食後 その他 ） ② 粉水錠剤（食前 食後 その他 ） ③ 粉水錠剤（食前 食後 その他 ） ④ 粉水錠剤（食前 食後 その他 ） ※乳児の場合は、おおよその時間をその他に記入してください。 | | |
| 連絡先 | | 受理者 | 与薬者 |
| 備考 | | | |

おねがい

園では、原則として園児に対する与薬は行いません。園でも与薬が必要という医師の与薬指示がある場合に限り与薬を行います。

与薬依頼書

依頼年月日 平成 年 月 日

| | | |
|---|-----|-------|
| 組 | 園児名 | 保護者氏名 |
|---|-----|-------|

| | | | |
|-----------------|---|---------------|-----|
| 処方を受けた 医療機関名 | | 医療機関の 電話番号 | |
| 病名 | | 主な症状 | |
| 内服薬 | ① 粉水錠剤（食前 食後 その他 ） ② 粉水錠剤（食前 食後 その他 ） ③ 粉水錠剤（食前 食後 その他 ） ④ 粉水錠剤（食前 食後 その他 ） ※乳児の場合は、おおよその時間をその他に記入してください。 | | |
| 連絡先 | | 受理者 | 与薬者 |
| 備考 | | | |

与薬依頼書

【慢性疾患】

依頼年月日 平成 年 月 日

| | | |
|---|-----|-------|
| 組 | 園児名 | 保護者氏名 |
|---|-----|-------|

| | | | |
|-------------|-------------------------|-------------------------|----------|
| 処方を受けた医療機関名 | | 医療機関の電話番号 | |
| 病名 | | 主な症状 | |
| 外用薬（軟膏） | 患部 | 時間 | |
| 点眼薬 | ①回数 回 時間 患部《 右目・左目 》 | ②回数 回 時間 患部《 右目・左目 》 | |
| 備考 | | 服用期間 | 月 日～ 月 日 |

※ 薬の使用期限にご注意ください。

| 与薬日 | 与薬者 | 連絡先 | 与薬日 | 与薬者 | 連絡先 |
|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| 月 日 | | | 月 日 | | |
| 月 日 | | | 月 日 | | |
| 月 日 | | | 月 日 | | |
| 月 日 | | | 月 日 | | |
| 月 日 | | | 月 日 | | |
| 月 日 | | | 月 日 | | |
| 月 日 | | | 月 日 | | |
| 月 日 | | | 月 日 | | |
| 月 日 | | | 月 日 | | |
| 月 日 | | | 月 日 | | |
| 月 日 | | | 月 日 | | |
| 月 日 | | | 月 日 | | |
| 月 日 | | | 月 日 | | |
| 月 日 | | | 月 日 | | |
| 月 日 | | | 月 日 | | |
| 月 日 | | | 月 日 | | |

※ 母の携帯など、いつも連絡がつくところを記入してください。