

お願い：主治医及び保護者の方へ

当園に薬剤管理を専門にする職員はおりません。与薬をする子どもが増えるに従い誤与薬の可能性も高くなります。通園中にどうしても与薬が必要な場合を除き、投与時間、回数を調整するなど、できるだけ家庭で与薬を済ませるようご協力ください。

認定こども園
希望が丘幼稚園

与薬指示書

下記の園児は当院にて加療中ですが、登園の際は保護者に代わり指示通りの与薬をお願いいたします。

園児氏名：

病名(または症状)：

1. 薬の処方内容(該当するものに○をつけてください)

形状	内容
散薬(1回 袋)	抗生物質 咳止め 鼻止め
シロップ(1回 cc)	整腸剤 抗アレルギー薬
錠剤(1回 錠)	その他()
その他()	

◎1回の与薬につき、複数種類がある場合は、全ての薬について記入をお願いいたします。

2. 園での与薬時間(○をつけてください)

食前 食後 その他()

3. 処方期間

年 月 日 ~ 年 月 日

<与薬にあたっての注意事項>

年 月 日

医療機関名

住所

電話番号

担当医師名

印