

与薬期間中 その日ごとに

与薬依頼書

平成 年 月 日

認定こども園鳥取短期大学附属こども園 園長様

クラス名 _____

児童名 _____

保護者名 _____ 印

下記の通り、保護者にかわり、与薬をお願い致します。

1. 受診日	平成 年 月 日
2. 与薬時間	食前・食間・食後・()時に・()回
3. 与薬方法	内服・塗布・点眼・点鼻・点耳 その他()
4. 与薬の種類	散薬()包・その他() 水薬・軟膏・点眼薬・点鼻薬・点耳薬
5. 症状 (家庭での様子)	体温 : _____ 度 機嫌 : (良・不良・むらがある) 咳 : (有・無・ときどきある) 鼻汁 : (有・無・ときどきある) 食欲 : (有・無・むらがある) 便の状態 : (普通・軟らかい・下痢) その他 : (目やに・耳だれ・ゼイゼイ・かゆみ) ()

- ・必要項目をご記入の上、該当項を○で囲み、保護者の押印をお願いします。
- ・薬は医師の処方によるもののみで、市販薬はお受けしません。
- ・薬は、1回分を薬袋または医師の指示ラベルの付いたビンに入れるものとし、該当しない袋や古いものはお受けしません。
- ・この依頼書は、与薬をする日ごとに薬と一緒に担任に渡してください。

内服時間 ()

担当者サイン

与薬期間中 その日ごとに

与薬依頼書

平成 年 月 日

認定こども園鳥取短期大学附属こども園 園長様

クラス名 _____

児童名 _____

保護者名 _____ 印

下記の通り、保護者にかわり、与薬をお願い致します。

1. 受診日	平成 年 月 日
2. 与薬時間	食前・食間・食後・()時に・()回
3. 与薬方法	内服・塗布・点眼・点鼻・点耳 その他()
4. 与薬の種類	散薬()包・その他() 水薬・軟膏・点眼薬・点鼻薬・点耳薬
5. 症状 (家庭での様子)	体温 : _____ 度 機嫌 : (良・不良・むらがある) 咳 : (有・無・ときどきある) 鼻汁 : (有・無・ときどきある) 食欲 : (有・無・むらがある) 便の状態 : (普通・軟らかい・下痢) その他 : (目やに・耳だれ・ゼイゼイ・かゆみ) ()

- ・必要項目をご記入の上、該当項を○で囲み、保護者の押印をお願いします。
- ・薬は医師の処方によるもののみで、市販薬はお受けしません。
- ・薬は、1回分を薬袋または医師の指示ラベルの付いたビンに入れるものとし、該当しない袋や古いものはお受けしません。
- ・この依頼書は、与薬をする日ごとに薬と一緒に担任に渡してください。

内服時間 ()

担当者サイン