

与薬開始時 または 再診して薬が処方されたとき

保育所（園）・幼稚園への投薬依頼書です。

保護者の方がお書きになり、担任までお届けください。

投薬依頼書

提出年月日 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

保護者名

組名

組

園児名

医師の診察の結果、下記の病気のため投薬が必要と診断されましたので、別添「与薬依頼書」のとおり、園での投薬をお願いいたします。

★診断名（下記の該当する病名に○をつけてください。）

- 01感冒(かぜ) 02咽頭炎 03へんとう炎 04気管支炎 05気管支喘息
06喘息性気管支炎 07乳児嘔吐下痢症 08感染性胃腸炎 09周期性嘔吐症
10中耳炎(急性・滲出性) 11伝染性膿痂疹(とびひ) 12溶連菌感染症
13熱性けいれん 14アトピー性皮膚炎 15結膜炎(急性・アレルギー性)
16その他 ()

投薬した医療機関名： 電話 () -

FAX () -

投薬期間：平成 年 月 日～ 日間

最終受診日：平成 年 月 日

備考

- 薬局等からの薬の説明書もあわせて、3点の提出をお願いします。
(薬の名称・効能・副作用・注意事項などが記載してあるもの)
- 投薬期間が終了後、再診の結果、薬を処方されたときも、3点の提出をお願いします。

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