

(短期用)

保護者記入欄	与薬依頼書			
	チェリッシュ		保育園	
	園児名		クラス名	
	生年月日	年	月	日 ( 歳)
	服用方法 (例・白湯に溶かしスプーン等で等) 注意事項 (冷所保管・遮光保管等) 外用薬は使用部位・頻度・塗布方法を具体的に			
	保育時間内での与薬をお願い致します。尚依頼した薬の服用において万が一事故がおきても 貴施設の責任を申し立て致しません			
	保護者名		印	20 年 月 日

主治医の先生へ

与薬について下記の指示書にご記入をお願い致します

チェリッシュ ( ) 保育園

医師記入欄	与薬指示書	
	病名	
	薬剤名 及び作用	
	園で服用が 必要な理由	
	服薬量及び 剤形	1 回に散剤 ( 包) シロップ ( ml) その他 ( ) 座薬 (抗けいれん剤) ( g)
	与薬時間	昼食後・ その他 ( 時頃)・ 抗けいれん剤 ( ) °C 以上で挿肛 アレルギー症状出現時 (症状 )・誤食確認時
	与薬後の 注意点	(例：眠気やふらつき)
	与薬予定期間	20 年 月 日から 20 年 月 日まで
	特記事項	
	医療機関名 所在地 TEL 医師名	印 20 年 月 日

\*注意：指示期間が過ぎた場合は再提出をお願いします