

(長期用)

与薬依頼書	
保護者記入欄	チェリッシュ 保育園
	園児名 <input type="text"/> クラス名 <input type="text"/>
	生年月日 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 ( <input type="text"/> 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 <input type="text"/> 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

与薬指示書	
医師記入欄	病名 <input type="text"/>
	薬剤名及び作用 <input type="text"/>
	園で服用が必要な理由 <input type="text"/>
	服薬量及び剤形 1回に散剤( <input type="text"/> 包) シロップ( <input type="text"/> ml) その他( <input type="text"/> ) 座薬(抗けいれん剤)( <input type="text"/> g)
	与薬時間 昼食後・その他( <input type="text"/> 時頃)・ 抗けいれん剤( <input type="text"/> )℃以上で挿肛 アレルギー症状出現時(症状 <input type="text"/> )・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 <input type="text"/>
	医療機関名 所在地 TEL 医師名 <input type="text"/> 印 20 年 月 日

\*注意: 指示期間が過ぎた場合は再提出お願いします。また1年以上の指示はお受けできません。