

与 薬 依 頼 票

大谷学園幼稚園

医師の指示により、やむを得ず保育時間中における与薬が必要となり、保護者の責任において幼稚園での園児に対する与薬を行っていただきたく依頼します。

依頼日 平成 年 月 日

組 _____ 園児名 _____ 保護者名 _____

| | | |
|---------------|---|-------|
| 医療機関（担当医） | | |
| 病 名 | | |
| 薬の種別 | 与薬方法（用法・用量） | 処 方 日 |
| 内服薬① | 時間 食（前・間・後） 分 方法 そのまま 水で溶く その他（ ） | 月 日 |
| 内服薬② | 時間 食（前・間・後） 分 方法 そのまま 水で溶く その他（ ） | 月 日 |
| 塗り薬 | 回数 回（時間 ） 患部（ ） | 月 日 |
| 点眼薬 | 回数 回（時間 ） 患部（左目・右目） | 月 日 |
| 座 薬 ※熱性痙攣用 | 熱が（ ℃）になったら保護者に連絡し、 保護者の指示で座薬を処方します。 | 月 日 |

| | | |
|-------|-------|---------|
| 受 付 者 | 与 薬 者 | 与 薬 時 間 |
| | | |