

登園届（保護者記入）

大谷学園幼稚園

園児名 _____

病名「 _____ 」と診断され、

年 月 日医療機関名「 _____ 」において

病状が回復し、集団生活に支障がない状態と判断されましたので登園致します。

保護者名 _____ 印又はサイン _____

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(°C)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