投薬・与薬依頼書

　　　　　　提出日　　　　年　　　月　　　日

キンダガーデン　様

園児名

保護者名

　医師の診察の結果、下記の病気のため投薬が必要とされましたので、保護者にかわり園での投薬をお願いいたします。

●診断名

□感冒（かぜ）　 　□へんとう炎　 　　□気管支喘息

□咽頭炎 　□喘息性気管支炎　 　　□乳児嘔吐下痢症

□気管支炎　 　□周期性嘔吐症 　　□感染性胃腸炎

□溶連菌感染症 　□中耳炎（急性・滲出性）　 □伝染性膿痂症（とびひ）

□熱性けいれん　 　□アトピー性皮膚炎　 　　□結膜炎(急性・アレルギー性）

□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

●受診医療機関名：　　　　　　　　　　　　（　　　年　　　月　　　日受診）

**●投薬期間** **年　　　月　　　日　～　　　　月　　　日（　　　日間）**

|  |  |
| --- | --- |
| 与薬時間 | 食前 ・ 食間 ・ 食後 ・ （　　）時に ・ （　　　）回 |
| 与薬方法 | 内服 ・ 塗布 ・ 点眼 ・ 点鼻 ・ 点耳その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 与薬の種類 | 散薬（　　）包 ・ その他（　　　　　　　　　）水薬　・　軟膏 ・ 点眼薬 ・ 点鼻薬 ・ 点耳薬 |
| 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：（ 軟らかい　 ・普通　　・ 下痢　）その他：（ 目やに ・ 耳だれ ・ ゼイゼイ ・ かゆみ）　　　　 （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

・薬の間違いを防ぐ為、**薬の袋に園児名と投与時間を書いて**持たせて下さい。

・調剤薬局から出る**「薬の説明書」のコピー**も一緒に提出してください。

・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。

投薬・与薬依頼書

　　　　　　提出日　　　　年　　　月　　　日

キンダガーデン　様

園児名

保護者名

　医師の診察の結果、下記の病気のため投薬が必要とされましたので、保護者にかわり園での投薬をお願いいたします。

●診断名

□感冒（かぜ）　 　□へんとう炎　 　　□気管支喘息

□咽頭炎 　□喘息性気管支炎　 　　□乳児嘔吐下痢症

□気管支炎　 　□周期性嘔吐症 　　□感染性胃腸炎

□溶連菌感染症 　□中耳炎（急性・滲出性）　 □伝染性膿痂症（とびひ）

□熱性けいれん　 　□アトピー性皮膚炎　 　　□結膜炎(急性・アレルギー性）

□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

●受診医療機関名：　　　　　　　　　　　　（　　　年　　　月　　　日受診）

**●投薬期間 年　　　月　　　日　～　　　　月　　　日（　　　日間）**

|  |  |
| --- | --- |
| 与薬時間 | 食前 ・ 食間 ・ 食後 ・ （　　）時に ・ （　　　）回 |
| 与薬方法 | 内服 ・ 塗布 ・ 点眼 ・ 点鼻 ・ 点耳その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 与薬の種類 | 散薬（　　）包 ・ その他（　　　　　　　　　）水薬　・　軟膏 ・ 点眼薬 ・ 点鼻薬 ・ 点耳薬 |
| 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：（ 軟らかい　 ・普通　　・ 下痢　）その他：（ 目やに ・ 耳だれ ・ ゼイゼイ ・ かゆみ）　　　　 （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

・薬の間違いを防ぐ為、**薬の袋に園児名と投与時間を書いて**持たせて下さい。

・調剤薬局から出る**「薬の説明書」のコピー**も一緒に提出してください。

・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。