与薬依頼書

依頼先　認定こども園

東九州短期大学附属幼稚園

園長印	1日目	2日目	3日目	4日目	5日目
	月　日	月　日	月　日	月　日	月　日
保管時サイン	時　分	時　分	時　分	時　分	時　分

（保護者記入欄）

園児氏名		クラス名	
保護者氏名	㊞		
依頼希望日	平成　年　月　日～　年　月　日（計　日間）		
病名	①てんかん等神経系②喘息など呼吸器系③眼科系④耳鼻科系 ⑤歯口系⑥皮膚科系⑦その他（　　）		
病院名	TEL		
薬の内容	内服薬（①粉×　種　②水薬×　種）※お薬の説明書を持参してください。 外用薬（①点眼×　種　②軟膏×　種） ※一包、一包にクラス名・氏名・薬名・服用時間を記入してください。		
服用時間	①食前　②食後　③食間（10時・15時）　④その他（　　）		
保管方法	①冷蔵庫保存　②室温保存　③暗所保存　④その他（　　）		
服用方法	①そのまま　②水に溶く　③その他（　　）		

※市販の薬はお預かりできません。

※医師から処方された坐薬等で、園に保管の必要性がある場合はご相談ください。

※薬は、処方された薬袋に、一日分だけ入れてください。

※必ずクラス担任に手渡しください。（バスの方は、お便り帳に入れて持たせて下さい。）

誤飲を防ぎ、健康を回復するために適切に与薬したいと思います。

よろしくお願い致します。