


すてらこども園 与薬依頼書

令和 年 月 日()

組 園児氏名： _____

保護者氏名 _____

病名						
かかりつけ病院						
薬の種類・数	軟膏(種類) 粉薬(包) 水薬(個)					
注意事項 []	⇒塗布部分：() 点眼(本) → 右眼・左眼・両眼 点耳(本) → 右耳・左耳・両耳					
投薬時間	0.1 歳児→12 時		2.3.4.5 歳児→13 時			
投薬月日	/	/	/	/	/	
投薬者サイン						

※園での投薬は保護者がやむを得ず与えることが出来ない場合のみ、与薬依頼書の指示に従って看護師及び担任が行います。なお、市販薬や頓服薬の投与は対応できません。

※内服を持参している事を保育士にお伝え下さい。1 回分を容器に入れ、容器や粉薬の袋にもクラスと記名をお願いします。


※園での投薬時間が決まっています。抗生剤など時間をあけて服用する薬に関しては朝の服用時間をご家庭で調整なさって下さい

すてらこども園 与薬依頼書

令和 年 月 日()

組 園児氏名： _____

保護者氏名 _____

病名						
かかりつけ病院						
薬の種類・数	軟膏(種類) 粉薬(包) 水薬(個)					
注意事項 []	⇒塗布部分：() 点眼(本) → 右眼・左眼・両眼 点耳(本) → 右耳・左耳・両耳					
投薬時間	0.1 歳児→12 時		2.3.4.5 歳児→13 時			
投薬月日	/	/	/	/	/	
投薬者サイン						

※園での投薬は保護者がやむを得ず与えることが出来ない場合のみ、与薬依頼書の指示に従って看護師及び担任が行います。なお、市販薬や頓服薬の投与は対応できません。

※内服を持参している事を保育士にお伝え下さい。1 回分を容器に入れ、容器や粉薬の袋にもクラスと記名をお願いします。

※園での投薬時間が決まっています。抗生剤など時間をあけて服用する薬に関しては朝の服用時間をご家庭で調整なさって下さい