

令和 年度 すてらこども園 与薬依頼書

組 園児氏名：

保護者氏名：

病名						
病院名						
注意事項	★シロップ薬(種類) ★粉薬(包)					
	★軟膏(種類)					
	↳ 塗布部分()					
	★点眼薬(本) → 右眼・左眼・両眼 ★点耳薬(本) → 右耳・左耳・両耳					
投薬時間	※投薬は、食後～お昼寝前にいたします。					
投薬月日	/	/	/	/	/	/
※保護者記入	()	()	()	()	()	()
投薬者サイン						

令和 年度 すてらこども園 与薬依頼書

組 園児氏名：

保護者氏名：

病名						
病院名						
注意事項	★シロップ薬(種類) ★粉薬(包)					
	★軟膏(種類)					
	↳ 塗布部分()					
	★点眼薬(本) → 右眼・左眼・両眼 ★点耳薬(本) → 右耳・左耳・両耳					
投薬時間	※投薬は、食後～お昼寝前にいたします。					
投薬月日	/	/	/	/	/	/
※保護者記入	()	()	()	()	()	()
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、保護者から申し込みにより看護師及び担任が行います。なるべく朝・夕など医師に調整してもらって下さい

◎市販薬や頓服薬、座薬等はお預かりできません

◎登園時に保育教諭へ薬を持参している事を伝え、体調を伝えながら、お薬を手渡して預けて下さい。
(園児のかばんに入ったままの場合は対応できません)

※1回分のみを容器に入れ、シロップ容器や粉薬の袋にもクラス名と名前を書いて下さい。

◎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、保護者から申し込みにより看護師及び担任が行います。なるべく朝・夕など医師に調整してもらって下さい

◎市販薬や頓服薬、座薬等はお預かりできません

◎登園時に保育教諭へ薬を持参している事を伝え、体調を伝えながら、お薬を手渡して預けて下さい。
(園児のかばんに入ったままの場合は対応できません)

※1回分のみを容器に入れ、シロップ容器や粉薬の袋にもクラス名と名前を書いて下さい。