

与 薬 依 頼 票

園児氏名 _____ 歳 _____ 月 _____ 組
 病院・医院 _____ 電話 _____ 主治医名 _____

* 病 名 _____ * 必ず記入して下さい。

くすりを処方された日	年 _____ 月 _____ 日 _____ 日分
園で内服する剤型と数	粉薬(1包・2包・3包) / シロップ / 錠剤(1錠・2錠) / 外用薬(1本・2本) 目薬(1本・2本) / その他(_____) <u>※当日飲む分だけを持参するようにしてください。シロップも小分けしてください。</u>
くすりの内容	抗生剤 / かぜ薬 / 鼻水の薬 / 咳薬 / 整腸剤 / 抗アレルギー薬 / かゆみ止め その他(_____)
園で与薬をする日	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 月 _____ 日 _____ 日間
与薬時間	【内服】給食前 _____ 分前、給食後 _____ 分、または _____ 時 _____ 分ころ 【外用薬】塗布部分(_____) 塗布時間(_____) 【点眼】(右・左・両眼)に(_____ 時)(_____ 時)
与薬方法	●内服で特にすること : 冷所保存する・粉薬どうしを混ぜると苦くなる・その他(_____) ●外用薬の注意点: ●点眼の注意点:

年 _____ 月 _____ 日 保護者署名 _____