

与薬依頼書

| | | | | |
|-------|----|---|---|---|
| 記入年月日 | 令和 | 年 | 月 | 日 |
| 園児氏名 | | | | |
| 保護者氏名 | | | | 印 |

医師の診断を受けたところ、下記のとおり指示がありましたので、与薬をお願いします。

| | | | | |
|------|---|---|------|--------------|
| 病名 | | | | |
| 病院名 | | | 主治医名 | |
| 症状 | <input type="checkbox"/> かぜ <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 中耳炎 <input type="checkbox"/> アトピー <input type="checkbox"/> その他() | | | |
| 薬の種類 | <input type="checkbox"/> 粉薬 <input type="checkbox"/> 水薬 <input type="checkbox"/> 外用薬 <input type="checkbox"/> その他() | | | |
| 保管場所 | <input type="checkbox"/> 室温 <input type="checkbox"/> 冷蔵庫 <input type="checkbox"/> その他() | | | |
| 与薬期間 | 平成 | 年 | 月 | 日 ~ 平成 年 月 日 |
| 与薬時間 | <input type="checkbox"/> 食前 <input type="checkbox"/> 食後 <input type="checkbox"/> 食間(: 頃) <input type="checkbox"/> その他() | | | |
| 特記事項 | ※与薬方法等 | | | |

| | | | | |
|--------|----|---|---|---|
| 受取年月日 | 令和 | 年 | 月 | 日 |
| 受取職員氏名 | | | | 印 |

与薬連絡票

| | | |
|----------|---|------------|
| 園児氏名 | クラス | 組 |
| 症状 | <input type="checkbox"/> かぜ <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 中耳炎 <input type="checkbox"/> アトピー <input type="checkbox"/> その他() | |
| 与薬時間 | <input type="checkbox"/> 食前 <input type="checkbox"/> 食後 <input type="checkbox"/> 食間(: 頃) <input type="checkbox"/> その他() | |
| 受取職員名 | 与薬職員名 | 保護者 (連絡事項) |
| 受取日時 / : | 与薬時間 : | 確認印 |
| 受取職員名 | 与薬職員名 | 保護者 (連絡事項) |
| 受取日時 / : | 与薬時間 : | 確認印 |
| 受取職員名 | 与薬職員名 | 保護者 (連絡事項) |
| 受取日時 / : | 与薬時間 : | 確認印 |
| 受取職員名 | 与薬職員名 | 保護者 (連絡事項) |
| 受取日時 / : | 与薬時間 : | 確認印 |
| 受取職員名 | 与薬職員名 | 保護者 (連絡事項) |
| 受取日時 / : | 与薬時間 : | 確認印 |

※与薬期間中は、毎日薬と一緒にこの票を提出してください。
 ※与薬が終了したら、終了日を御記入のうえ、記名押印のうえ保育園に提出してください

| | | | | |
|---------|----|---|---|---|
| 与薬終了年月日 | 令和 | 年 | 月 | 日 |
| 保護者氏名 | | | | 印 |