

園長 宛

医療機関名

所在地

電話

主治医氏名

印

特例与薬実施に関する主治医意見書

三雲くじら保育園における下記児童の特例与薬実施に関し、次のとおり意見します。

対象児童	ふりがな			年 月 日生 (歳)
	氏 名			性別 男 ・ 女
指示薬の種類 病名等	<input type="checkbox"/> けいれん予防のための抗けいれん剤 [○熱性けいれん ○] <input type="checkbox"/> 慢性疾患の定期薬及び外用薬 [疾患名:] <input type="checkbox"/> 食物アレルギーによるショック症状予防 [○食前 ○誤食時 ○] <input type="checkbox"/> 抗生物質 [○中耳炎 ○溶連菌感染症 ○とびひ ○外傷 ○]			
投与期間	年 月 日 ~ 年 月 日			
薬品名 処方内容	【薬品名】	【1日量】	【与薬時間】 <input type="checkbox"/> 食前 <input type="checkbox"/> 食後 <input type="checkbox"/> その他 () ※分3投与時は、園では1回の投与のみ	
薬品情報	種類	保存方法		軟膏剤の塗布部位
	<input type="checkbox"/> 細粒 袋 <input type="checkbox"/> シロップ <input type="checkbox"/> 軟膏剤 (ステロイド: 有・無) <input type="checkbox"/> 坐薬 mg / 回 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 室内 <input type="checkbox"/> 冷蔵 <input type="checkbox"/> その他 ()		
注意事項等				

園長 宛

与薬依頼書 1

申込者 住 所
氏 名
対象児童との続柄

次のとおり、三雲くじら保育園での与薬の実施を依頼します。なお、実施に当たって付される条件等について遵守します。

対象児童	ふりがな 氏 名	年 月 日生 (歳)	
		性別	男 ・ 女
病院 (医院) 名	病院 (医院)		
病名・症状			
処方年月日	年 月 日		
薬の種類	<input type="checkbox"/> 細粒	<input type="checkbox"/> シロップ	<input type="checkbox"/> 軟膏剤 (ステロイド 有・無)
	<input type="checkbox"/> 坐薬	<input type="checkbox"/> その他 ()	
与薬時間	<input type="checkbox"/> 食前 <input type="checkbox"/> 食後 <input type="checkbox"/> その他 ()		
外用薬使用方法			
その他			

※記入漏れがある場合は、与薬することが出来ませんので、ご注意ください。

※飲み薬は、1回分に小分けしたものを御持参ください。

※薬の袋や容器には、必ずクラス名と児童名を御記入ください。

【園記入欄】

薬の受取職員		薬の受取日	年 月 日
与薬実施職員	与薬実施日	年 月 日	
	与薬実施時間	<input type="checkbox"/> 食前 <input type="checkbox"/> 食後 <input type="checkbox"/> その他 ()	

キトリ

【報告欄】

与薬実施日・時間： 年 月 日 () 午前・午後 時 分

与薬対象児童名： _____

与薬実施職員名： _____

園長 宛

与薬依頼書 2

申込者 住 所
氏 名
対象児童との続柄

次のとおり、三雲くじら保育園での与薬の実施を依頼します。なお、実施に当たって付される条件等について遵守します。

対象児童	ふりがな 氏 名		年 月 日生(歳)	
			性別	男 ・ 女
薬の種類	<input type="checkbox"/> 細粒 <input type="checkbox"/> シロップ <input type="checkbox"/> 軟膏剤 (ステロイド 有・無) <input type="checkbox"/> 坐薬 <input type="checkbox"/> その他 ()			
与薬時間	<input type="checkbox"/> 食前 <input type="checkbox"/> 食後 <input type="checkbox"/> その他 ()			
外用薬使用方法				

※記入漏れがある場合は、与薬することが出来ませんので、ご注意ください。

※飲み薬は、1回分に小分けしたものを御持参ください。

※薬の袋や容器には、必ずクラス名と児童名を御記入ください。

日付	/ (月)	/ (火)	/ (水)	/ (木)	/ (金)	/ (土)
保護者						
薬の受取職員						
与薬実施職員						
日付	/ (月)	/ (火)	/ (水)	/ (木)	/ (金)	/ (土)
保護者						
薬の受取職員						
与薬実施職員						
日付	/ (月)	/ (火)	/ (水)	/ (木)	/ (金)	/ (土)
保護者						
薬の受取職員						
与薬実施職員						
日付	/ (月)	/ (火)	/ (水)	/ (木)	/ (金)	/ (土)
保護者						
薬の受取職員						
与薬実施職員						