

お薬・処方願

令和 年 月 日

れんげこども園

園長 水村 朝子 様

依頼者
クラス名 _____ 組 _____ 園児名 _____

保護者名 _____ 薬持参者 _____

連絡先 _____

下記の薬を園児 _____ に投与して、戴きたくお願い申し上げます。

なお、持参した薬は、年 月 日に _____ 病院・医院で処方されたものです。投薬については次の通りです。

1. 病名又は症状 _____

2. 薬の名前 _____ (抗生物質・解熱剤・咳止め・下痢止め・風邪薬・外用薬)

3. 飲み薬 _____ 外用薬 (塗り薬) _____ (どちらかを丸で囲んでください)

☆飲み薬の場合

1. 一日何回ですか (回)
2. 食前、食後、その他 ()
3. 月 日 回分持参しました。

☆外用薬 (塗り薬) の場合

1. 一日何回ですか (回)
2. 食前、食後、その他 ()
3. 時間おきに塗る
4. 月 日 回分持参しました。

4. その他 (特記事項) _____

注意事項！

1. 飲み薬は一回分ずつ分けてください。
2. 袋や容器に園児の名前を記載して下さい。
3. 冷蔵庫保管はしません。ご了解ください。

以下の部分は、職員が記入のこと。

薬を受け取った職員 氏名 _____

保護者が記入することに漏れはないか ない

処方について十分理解したか した

上司と連携をとること

承認しました

◎投与時刻 月 日 午前・午後 時 分

主任 印		園長 印	
---------	--	---------	--

◎投与者氏名 _____