

★お医者さまへ★

できるだけ朝・夕の2回与薬 又は
朝・夕・寝る前の3回与薬にして頂きますようお願い致します。

特別指示 与薬依頼票（医師記入）

園児氏名 _____（平成 年 月 日生）

上の者は疾患名 _____ のため、以下の与薬を保育園で
行うことを指示します。

薬品名 _____（内服・坐薬・吸入薬・点眼・軟膏
その他 _____）

与薬期間 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 月 _____ 日

① どのような時に

ア. 発熱時（体温 _____ °C以上が確認されたとき）

イ. 発作時（具体的な症状 _____ のとき）

ウ. 決まった時間（給食後・おやつ後・その他 _____ 時）

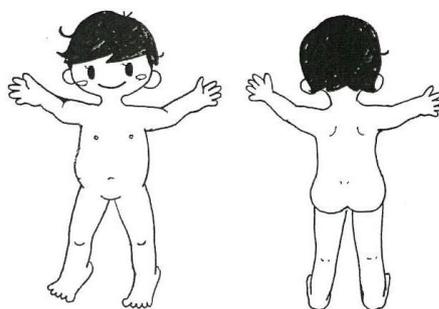
エ. その他 _____ のときに

②与薬者 ア. 保育士、又は看護師 イ. 看護師のみ

③使用方法他、与薬にあたり注意すること

※外用薬の場合
場所を指示して下さい。

(_____)



平成 年 月 日

病院名 _____ 印

医師名 _____ 印

以上の指示がありましたので、投薬をお願いします。

五日市わかば保育園 園長殿 保護者氏名 _____