

★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回与薬にして頂けますようお願い致します。

※この依頼票は最大1年間を期限とさせていただきます

特別指示 与薬依頼票(医師記入)

園児氏名 _____ (_____ 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 _____

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

① 与薬量と与薬時間

ア. 散薬(粉薬) 1回 _____ 包 昼食前・昼食後・その他 (_____)

イ. 坐薬 1回 _____ 個 _____ mg 発熱時 (_____ ℃) で

ウ. 外用薬(塗り薬) 1日 _____ 回 シャワー、プール後・その他 (_____)

エ. 点眼薬 1日 _____ 回 (右目・左目) 昼食前・昼食後・その他 (_____)

オ. その他 _____

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

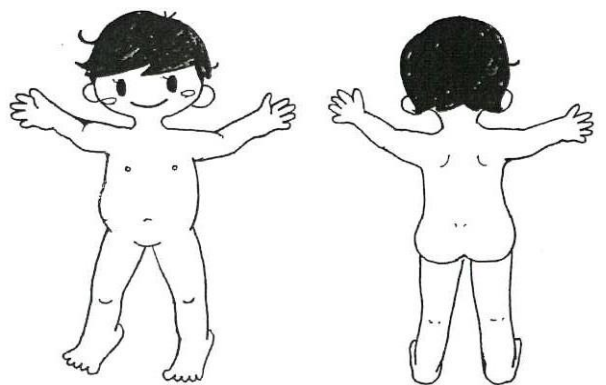
場所を指示して下さい。



_____ 年 _____ 月 _____ 日

病院名 _____

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。

_____ 年 _____ 月 _____ 日

ちきゅうのこどもほいくえん成城 園長殿 保護者氏名 _____