

## ★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。  
 ※この依頼票は最大年度内の期限とさせていただきます。(年度毎更新)

## 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. 外用薬(塗り薬) 1日 \_\_\_ 回 シャワー、プール後・午睡明け・その他 ( \_\_\_\_\_ )

ウ. 点眼薬 1日 \_\_\_ 回 (右目・左目) 昼食(前・後)・おやつ(前・後)・その他 ( \_\_\_\_\_ )

エ. 坐薬 1回 \_\_\_ 個 \_\_\_ mg 発熱時 ( \_\_\_\_\_ °C)で

オ. その他 \_\_\_\_\_

※園で状況を判断する与薬指示ではなく、判断が伴わない具体的な指示をお願い致します。

例) かゆみが強い時に点眼 × → 昼食前、おやつ後に点眼 ○  
 (かゆみが強いのか判断が伴う指示) (具体的な指示)

## ② 与薬者 ア. 保育士、又は看護師 イ. 看護師のみ

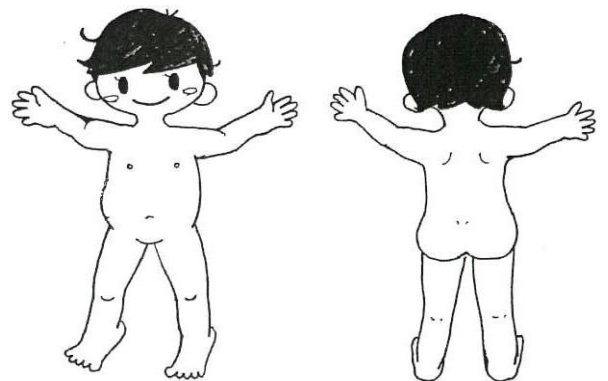
## ③ 使用方法他、与薬にあたり注意すること

※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 \_\_\_\_\_

