

与薬等指示書

できるだけ家庭で服用できるようにして下さい。

園では、どうしても必要な薬のみ対応させていただきます。

※緊急時等、園より直接病院へ問い合わせさせていただくことがあります。

愛光保育園

名前：	生年月日 H・R 年 月 日（ 歳）		
診断名：			
薬の投与方法（内服1日3回、熱発時に座薬使用、塗布剤は塗布する回数と部位等、を分かりやすくご記入下さい）			
抗痙攣剤は目安となる体温をご記入下さい。（ °C）			
与薬内容 ①	薬名：	量： mg/ 包・錠・個・目盛	
	食前・食後・その他（ ）	与薬の期間： 日間/ か月	
	内容：抗アレルギー剤・抗生剤・抗痙攣剤・その他（ ）		
与薬内容 ②	薬名：	量： mg/ 包・錠・個・目盛	
	食前・食後・その他（ ）	与薬の期間： 日間/ か月	
	内容：抗アレルギー剤・抗生剤・抗痙攣剤・その他（ ）		
保育上の配慮： なし ・ あり <ありに○の時は具体的にご記入ください>			
緊急時の対応： なし ・ あり <ありに○の時は具体的にご記入ください>			

令和 年 月 日

病院名

住所

電話番号

担当医師名