

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。
名前と生年月日のみ、保護者が記入して病院へ持参してください。

保育園記入	受理担任サイン

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。（ ℃）		
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	

