

# 与薬申込書

石神井南幼稚園長様

[クラス名] \_\_\_\_\_

[園児名] \_\_\_\_\_

[生年月日] 平成 \_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日

保育時間内での与薬をお願いします。

【保護者名】 \_\_\_\_\_

印 \_\_\_\_\_

平成 \_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日

主治医の先生へ

与薬について指示書にご記入をお願いします。

石神井南幼稚園

与薬指示書	
病名	熱性けいれん・その他のけいれん性疾患・アトピー性皮膚炎・慢性疾患（心臓病など）・その他（ _____ ）
薬名	_____
薬理作用	抗生剤・抗けいれん薬・抗アレルギー薬・かゆみ止め・その他（ _____ ）
種類と量	1回に・散薬 包 _____ ・水薬 ミリットル _____ ・外用薬 ミリットル _____ ・座薬 個（ _____ mg）・錠剤 錠 _____ ・その他（ _____ ）
与薬時間	昼食前・昼食後・午睡前・午睡後・水遊び前・水遊び後 その他（ _____ ）
期間	平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日～平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日まで 最長6カ月まで
特記事項	_____
医療機関名 医師名	平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日  TEL. _____