

〈医療機関用〉

与薬指示書

令和 年 月 日

医療機関名 _____

保護者 _____ 様 医師名 _____ 印

| | | |
|------------------------------|---------|----------------------|
| (ふりがな) 児童氏名 | 男 女 | 年 月 日生 歳 か月 |
| 病 名 | | |
| 薬の種類 | | |
| ① _____ 粉・シロップ・その他 (_____) | | |
| ② _____ 粉・シロップ・その他 (_____) | | |
| ③ _____ 粉・シロップ・その他 (_____) | | |
| 1回量 指示及 び時間 | ① _____ | 粉・シロップ・その他 (_____) |
| | ② _____ | 粉・シロップ・その他 (_____) |
| | ③ _____ | 粉・シロップ・その他 (_____) |
| 保育施設における与薬の注意 | | |
| 今後の方針 (与薬の期間、通院状況など) | | |
| その他 | | |

〈保護者用〉

与薬申請書

園長様 令和 年 月 日

| | | | |
|----------------------------|------------|--------------|--------|
| 保護者名 | | | |
| | | 印 児童との続柄 () | |
| 児童名 | 生年月日 年 月 日 | | |
| 住所 | (歳 か月) | | |
| Tel () | — | 性別 男 ・ 女 | |
| 別添指示書に基づき保育時間中の与薬を申請いたします。 | | | |
| ① 与薬期間 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 | | | |
| ② 与薬時間 午前・午後 時 分 | | | |
| ③ 与薬の種類 シロップ・粉・その他 () | | | |
| ④ 1回量の指示 (シロップ ml) | | | |
| ⑤ その他の注意事項 | | | |
| 保育施設記載 | 受領者サイン | 保管時 月 日 時 分 | |
| | 与薬日時 | 実施状況 | 与薬者サイン |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
|--|--|--|--|