慢性疾患に関する与薬・処置の指示書

聖心保育園園長様

保護者の責任において、医師の指示による保育園での与薬・処置を依頼します。

保護者名　　印

園児名　　クラス

生年月日　　年　　月　　日

※以下、医師による指示欄

医療機関名・医師名・医療機関連絡先

病名及び、症状

園における与薬・処置の継続期間
年　月　日　から　年　月　日

※但し、期間は最長　年度末までです

園での具体的な処置方法・その他園生活においての注意事項

〈お願い〉　※お薬手帳、又は薬の説明書の写しを添付してください

与薬依頼書

聖心保育園園長様

保護者の責任において保育園での与薬を依頼します。

保護者名　　印

園児名　　クラス

生年月日　　年　　月　　日

※医師記入欄

医療機関名・電話番号・医師名	病状及び病名
印	

※以下、保護者記入

与薬期間（１回の処方期間に限る）
年　　月　　日　　～　　年　　月　　日

薬の種類	与薬方法	薬の性状	薬の名前
内服薬１	服用期間　食（前・間・後） 服用方法 （そのまま･水に溶く）	水薬 粉末 錠剤	
内服役２	服用期間　食（前・間・後） 服用方法 （そのまま・水に溶く）	水薬 粉末 錠剤	
塗薬	患部（　　） 回数又は時間 （　　）		
その他			

〈お願い〉　※お薬手帳、又は薬の説明書の写しを添付してください