

与薬指示書

とのがや保育園園長宛

氏名		生年月日	年	月	日			
疾患名または症状								
薬品名		形状	液体	粉	錠剤	軟膏	点眼薬	その他()
薬の処方内容	<内服薬> 服用回数・時間: 回 (昼食前・昼食後・おやつ前・おやつ後) 与薬期間: 年 月 日 ~ 年 月 日							
	<外用薬> 点眼薬 軟膏等 時間: 回 (昼寝前・その他) 軟膏塗布部位: 点眼: 両目・右・左 与薬期間: 年 月 日 ~ 年 月 日							
	<ダイアップ坐薬> 保護者の同意のもと熱性けいれん予防に使用 ダイアップ坐薬()mg 体温が()°C以上で使用							
	<その他の薬>							
薬の保管場所	1 室内 2 冷暗所 3 その他 ()							
副作用・注意事項 その他処置等								
令和 年 月 日	上記の園児は当院で加療中ですが、登園可能と判断しました。登園の際には、保護者に代わり与薬をお願いします。 医療機関名 医師名 印							
主治医の先生へのお願い								
<p>とのがや保育園では、原則として保育時間中の与薬は行っておりません。しかし、病気の種類や状況によって、保育中にどうしても与薬が必要な薬については、主治医の先生のご意見やご注意をいただきながら、対応したいと考えております。与薬指示書の記載にご協力いただきますよう、お願い致します。</p> <p>また、保育時間中ではなく、朝・夕等ご家庭での与薬に時間変更可能なものにつきましては、与薬回数や内容等ご配慮いただき、保育中に必要な与薬に限って、ご指示下さいますよう、よろしくお願い致します。</p>								

※ 指示書作成については、医療機関によって文書発行料等のご負担が発生する場合がありますが、予めご了承ください。