

与薬依頼書

保護者の責任において下記の通り与薬を依頼します。

| | |
|----------------------|-----------------------------|
| 記入日 | 令和 年 月 日 |
| 児童名 | |
| 病名 | |
| 処方病院名 および 主治医名 | |
| 持参された薬 | 令和 年 月 日に処方されたうちの本日分です。 |
| 保管方法 | 室内 ・ 冷蔵 ・ その他 () |
| 薬の種類 | 粉末 ・ シロップ ・ 外用薬 ・ その他 () |
| 薬の内容 | 抗生物質 ・ 解熱剤 ・ 咳止め ・ その他 () |
| 使用する時間帯 | 昼食前 ・ 昼食後 ・ その他 (午前・午後 時ごろ) |
| 塗り薬 | 回数： 回 (時間：) 患部： |
| 点眼薬 | 回数： 回 (時間：) 患部：左目 右目 |
| 与薬方法 | |
| 与薬期間 | 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 |

| | | | | | | | | |
|----------------|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 与薬月日 | / | / | / | / | / | / | / | / |
| 与薬依頼印 (保護者) | | | | | | | | |
| 与薬確認印 (園) | | | | | | | | |

留意点

- 与薬はなるべく家庭で行い、やむを得ない場合のみ受け付けます。
※医師の診断で処方された薬のみに限らせて頂きます。
- 薬の袋又は容器には必ず名前をはっきりと書いてください。
- 与薬の回数(量)は、必ず1回分をお願い致します。
シロップの場合も1回分の量だけを持たせてください。
- この用紙は薬の期間中使用します(与薬が連日続く場合)ので、期間中は毎日提出してください。

この与薬依頼書によって与薬した結果についての責任は、四日市児童クラブ側にならないことを承認します。

保護者氏名

印