

与薬申込書

年 月 日

私は、貴園において保育時間内に子どもに与薬をしていただきたいので申し込みます。

つきましては、保護者の責任のもと、下記のとおり与薬をお願いいたします。

申込先

幼稚園様

園児名		クラス	
保護者氏名		連絡先	

(連絡先：緊急時等に確実に連絡がつく電話番号)

病名		薬の名前	
薬の作用	抗けいれん薬 ・ 内分泌疾患治療薬 ・ 強心薬 抗アレルギー薬 ・ その他 ()		
薬の種類	飲み薬(水薬,粉薬 包) ・ 塗り薬(種類)(どこに) 点眼薬(右・左・両方) ・ 点耳薬(右・左・両方)		
与薬時間	昼食前 ・ 昼食後 ・ その他 ()		
緊急時薬	坐薬	用途	有効期限 年 月 日
	内服薬	用途	有効期限 年 月 日
	エピペン	判別番号	有効期限 年 月 日
	連絡がとれない時	使用する ・ 使用しない	
処方医師	病院名		先生
薬剤情報書の提供	あり	なし	
特記事項			

与 薬 票

園児名	クラス 歳 か月
-----	------------------------------------------------

保護者記入欄			幼稚園記入欄		
月日	体温	朝の与薬 塗布時間	預かり者	与薬者	与薬塗布 時間/状況
特記事項					