

主治医及び保護者の方へ

いづみ幼稚園には薬剤を専門に管理する職員がおりません。与薬件数が増えるに伴い、誤投薬の可能性も高まります。通園中にどうしても与薬が必要な薬(食物アレルギーのインターール、溶連菌感染症、中耳炎等)を除き、家庭で対応できる与薬回数・与薬時間のご配慮を頂きたく、ご協力をお願い致します。

※薬剤情報書と薬剤に必ず記名してお子様にお持たせ下さい。市販の薬の与薬は受付できません。

与薬依頼書

保護者に代わり与薬をお願いします。

保護者名

印

✿クラス

組

✿氏名:

病名または症状:

薬の処方内容(該当するものに○を記入してください)

○印	形状	○印	内容
	散剤(1回 袋)		抗アレルギー剤
	シロップ(1回 cc)		抗けいれん剤
	錠剤(1回 錠)		抗生剤
	座薬(1回 個)		気管支拡張剤
	点耳薬(左・右)		咳止め・痰きり
	点鼻薬(左・右)		下痢止め・吐き気止め
	点眼薬(左・右)		その他()
	軟膏()	薬使用時の指示	
	その他()		

【幼稚園での与薬時間】 食前 ・ 食後 ・ その他()

【今回の処方期間】 月 日 ~ 月 日まで

【長期の処方(インターール等)】 月 日 ~ 月 日まで

*園生活における
注意事項