

# 薬の服薬依頼書

令和 年 月 日

クラス	園児名		
病名			医療機関名 担当医師名
薬の種類	<input type="checkbox"/> 風邪 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 胃腸 <input type="checkbox"/> 目薬 <input type="checkbox"/> 耳痛 <input type="checkbox"/> アレルギー <input type="checkbox"/> 皮膚外用薬 <input type="checkbox"/> その他( )		
	<input type="checkbox"/> 水薬 <input type="checkbox"/> 粉薬( )袋 <input type="checkbox"/> 錠剤( )錠 <input type="checkbox"/> 塗り薬		
薬の作用	<input type="checkbox"/> 抗生物質 <input type="checkbox"/> かゆみ止め <input type="checkbox"/> 整腸剤 <input type="checkbox"/> 咳止め <input type="checkbox"/> 鼻水止め <input type="checkbox"/> 喘息の薬 <input type="checkbox"/> 抗アレルギー剤 <input type="checkbox"/> その他( )		
①	薬品名(袋に記載されているお薬の名前を記入して下さい)		
②	外用薬などの使用法・注意事項 (『手洗い後』『一日1回まで』など)		
③	服用期間 ____月 ____日(曜日)～ ____月 ____日(曜日)まで		
	服用時間 <input type="checkbox"/> 食前 <input type="checkbox"/> 食後 <input type="checkbox"/> 食間 <input type="checkbox"/> 午睡後		
	服用の仕方 <input type="checkbox"/> そのまま服用 <input type="checkbox"/> 水薬と粉薬を混ぜて服用		
④	今までに薬でアレルギーが出たことは <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある		

## お願い

園では、原則として投薬は致しませんが どうしても必要がある場合、服薬依頼書を提出していただきます。

- 園にいる時間帯に薬を服用しなければいけない場合のみ服薬依頼書とともに薬を持たせて下さい。
- 必ず1回分のみ容器等に入れて記名し、担任にお渡し下さい。
- 薬は、医師の処方により、医療機関で処方されたもののみです。
- 解熱剤、下痢止め、市販の薬は 投薬しません。
- お子さまが飲むのを嫌がったり、吐き出してしまった場合など服用できないことがありますのでご了承下さい。
- 左記の『服薬依頼書』をきりとり提出して下さい
- 精一杯の対応を致しますがその後の責任は、園では負いかねます。ご了承下さい。

き  
り  
と  
り

上記【服薬依頼】の内容に同意し、芦別みどり幼稚園に薬の服用を依頼します。

保護者氏名

印