

年 月 日

認定こども園フレンド幼稚園 園長殿

与薬依頼書(内服薬)

下記の通り与薬を依頼し、与薬の責任は保護者といたします。

クラス名 _____ 組 _____ 園児名 _____

保護者氏名 _____

1 病名(症状) _____

2 病院名 _____ TEL _____

3 与薬時間 ①与薬時刻(昼食前・昼食後)、その他()

4 内服薬 薬品名()

(散剤 包、 水薬 本、 錠剤 錠)

薬の保存方法(常温・冷蔵庫)

※薬にフルネームで名前を記入し、1回分の分量のみ持たせてください。

5 内服方法:該当する方法にチェックしてください。

- | | |
|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> スプーンに薬と水を入れ内服 | <input type="checkbox"/> コップに入れて内服 |
| <input type="checkbox"/> 水で溶かして内服 | <input type="checkbox"/> 直接口に入れて内服 |

6 与薬期間 _____ 年 月 日から _____ 月 日までの間

【お願い】

医師から子どもに処方された薬は、本来保護者が与えるべきものです。日常多い「かぜ」症状で受診する場合には、幼稚園児であることを伝えてもらい、与薬3回の場合、朝・帰宅時・寝る前、又は、1日2回(朝・夕)の処方が可能かなど、医師と家庭でできる方法を相談してください。幼稚園で誤って与薬することを防ぐため、ご協力をお願いいたします。

日にち	/	/	/	/	/	/	/
受け取り者 サイン							
与薬時間							
与薬者 サイン							