

# 与薬指示書

下記の幼稚園児について、加療中ですが、登園の際は、保護者に代わり与薬をお願いします。

認定こども園 千葉明德短期大学附属幼稚園

1. 園児氏名 \_\_\_\_\_

2. 病名（または症状） \_\_\_\_\_

3. 薬品名 \_\_\_\_\_

4. 薬の処方内容（該当するものに○印）

| 形状・量       | 内 容  |
|------------|--|
| 散 （1回 袋）   | <input type="checkbox"/> 抗生物質 <input type="checkbox"/> 咳止め <input type="checkbox"/> 痛み止め   |
| 液 （1回 c c） | <input type="checkbox"/> 下痢止め <input type="checkbox"/> 鼻止め <input type="checkbox"/> 抗アレルギー |
| 錠剤 （1回 錠）  | <input type="checkbox"/> けいれん止め  |
| 座薬 （1回 ）   | <input type="checkbox"/> 頓 服（ ）  |
| その他（ ）     | <input type="checkbox"/> その他（ ）  |

5. 園での与薬時刻  
食後                      食前                      その他（ ）

6. 今回の処方 は 平成      年      月      日 ～ 平成      年      月      日

7. 幼稚園で与薬を要する理由

8. その他特記事項

平成      年      月      日

住所

電話

医療機関名

医師名

印