

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 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日

7. 幼稚園で与薬を要する理由

8. その他特記事項

令和 年 月 日

住所

電話

医療機関名

医師名

印