

投薬・与薬依頼書

提出年月日 令和 年 月 日

聖テレジアこども園長様

保護者名 ⑩

組

園児名

医師の診察の結果、投薬が必要と診断されましたので、保護者にかわり、園での与薬をお願いいたします。

※ 診断名（該当する病名に☑をしてください）

- 感冒（かぜ） 咽頭炎 へんとう炎 気管支炎 気管支喘息
喘息性気管支炎 乳児嘔吐下痢症 感染性胃腸炎 周期性嘔吐症
中耳炎（急性・滲出性） 伝染性膿痂疹（とびひ） 溶連菌感染症
熱性けいれん アトピー性皮膚炎 結膜炎（急性・アレルギー性）
その他（ ）

※ 与薬について下記の該当する項目に○印または記入してください。

1. 期間 [平成 年 月 日より 日間]
2. 時間 [食前 ・ 食間 ・ 食後 ・ その他（ ）]
3. 方法 [内服 ・ 塗布 ・ 点眼 ・ 点鼻 ・ 点耳 ・
その他（ ）]
4. 種類 [散薬（ ）包 ・ 水薬 ・ 軟膏 ・ 点眼薬 ・ 点鼻薬
点耳薬 ・ その他（ ）]

※「投薬・与薬依頼書」と併せて医師の処方と分かるものの写し（例えば薬の説明書、お薬手帳の写し）を提出してください。

※園での与薬期間は医師による投薬期間内とさせていただきます。

※薬は医師の処方によるもののみで、市販薬はお受けできません。

※薬は1回分をお持ちください。（必ず名前を記入してください）