

与 薬 依 頼 書

小平なみき保育園施設長殿

保護者の代わりに保育園での与薬をお願いします。

年 月 日

園児名 (平成 年 月 日生)

保護者名 (印)

(主治医記載用)

薬 剤 情 報 書

上記園児の薬剤情報は、以下のとおりです。

病 名	熱性痙攣 気管支喘息 その他の慢性疾患 (病名)	その他の痙攣性疾患 (病名) アレルギー性疾患 (病名) ()
薬理作用	抗痙攣剤 強心剤 その他作用 (気管支拡張剤 抗不整脈剤) 抗アレルギー剤 利尿剤 ()
薬 名		
種類と量	散剤 1回 () 包 錠剤 1回 () 錠	水薬 1回 () 目盛 坐薬 1回 (本、 mg) ダイアップ： °C以上で挿入
与薬時間	昼食前 昼食後 その他時間 ()
指示期間	年 月 日 ~ 年 月 日まで (最長3ヶ月)	
特記事項		
年 月 日		
医療機関名		Tel
医 師 名		(印)