

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 | その他の痙攣性疾患 (病名) |
| | 気管支喘息 | アレルギー性疾患 (病名) |
| | その他の慢性疾患 (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 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) | |