

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 その他の疾患 (病名)	その他の痙攣性疾患 (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 ダイアップ: _____	水薬 1回 () 目盛 坐薬 1回 () 本、 mg _____ °C以上で挿入	エピペン () 本	
与薬時間	昼食前	昼食後	その他の時間 ()	
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)		