|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 園長 | 主任 | 看護師 |
|  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| クラス名 | |  | | | 園児氏名 | |  | | |
| 受診日 | |  | | | 保護者名 | |  | | |
| 医療機関名 | |  | | | 病名または症状 | |  | | |
| 薬の種類 | | 粉薬　　　　錠剤  軟膏（　　　　　　） | | | シロップ  その他（ | | 点眼（右・左）  　　　　　　） | | |
| 薬の保管方法 | | 常温　　　　冷蔵 | | | その他 | |  | | |
| 薬与薬時間 | | 食前　　　　食後 | | | その他（ | | ） | | |
| 薬の内容 | |  | | |  | |  | | |
| 注意事項 | |  | | |  | |  | | |
| 月日 | ／ | | ／ | ／ | | ／ | | ／ | ／ |
| 朝の与薬時間  家庭での服用時間 |  | |  |  | |  | |  |  |
| 保護者サイン |  | |  |  | |  | |  |  |
| 受領者サイン |  | |  |  | |  | |  |  |
| 園の与薬時間 |  | |  |  | |  | |  |  |
| 与薬者サイン |  | |  |  | |  | |  |  |
| 与薬後の様子  異常の有無 | 有（　　　　　　）  無 | | 有（　　　　　　）  無 | 有（　　　　　　）  無 | | 有（　　　　　　）  無 | | 有（　　　　　　）  無 | 有（　　　　　）  無 |
| 返却保護者  サイン |  | |  |  | |  | |  |  |

※朝の与薬時間の記入を忘れずにお願いします。また園での給食は家庭に比べて早めの時間になります（特に０～２歳）ので朝薬服用は７時位まで服用をお願いします。朝の与薬時間から間隔を計算し服用させています。遅くなりますとお昼寝等の時間になり服用が困難となります。

※与薬期間終了した「与薬依頼書」「与薬指示書」は園保管のため提出をお願します。

令和　　年　　　月　　　日

くすりの依頼書（保護者記載用）