

(注)主治医及び保護者の方へ

当園には、薬剤管理を専門にする職員はおりません。保育園での与薬が必要な場合を除き、服用時間や回数に配慮し、できるだけご家庭での服用ができるように調整をお願い致します。

「医療法人社団一歯会 ひまわり保育園」

与薬指示書

下記の児童について、当院で加療中ですが、登園の際は保護者に代わり、与薬をお願いします。

保育園名: ひまわり保育園

お名前: _____

病名: _____

<薬の処方内容(該当するものに○印)>

今回の処方期間	年 月 日 ~ 月 日
園での与薬時刻	食前・食後・その他 ()
種類	散剤(1回 袋)・水薬(1回/ ml) 錠剤(1回 錠)・その他 ()
内容	抗菌薬 鎮痛剤 止痢剤 整腸剤 鎮咳剤
特記事項	

年 月 日

医療機関

医 師

住 所

氏 名

電 話