

与薬指示書

施設名： _____

施設長 様

保護者の代わりに保育園でも下記薬について与薬をお願いします。

児童氏名： _____ (令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日生 _____ 歳)

上記児童の薬剤情報は以下のとおりです

| | |
|---|---|
| 病 名 | |
| 薬 品 名 及 び 薬 理 作 用 | |
| 与薬にあたり 注意すべき 事項 (例：副作用として 眠気やふらつき等) ・ 症状が出現 した場合の 対処方法の 詳細 | |
| 薬 の 種 類 | 粉薬 ・ シロップ ・ 塗り薬 ・ 熱性けいれん予防薬 点眼薬 (右 / 左) ・ その他(_____) |
| 用 法 | 一日 _____ 回 【 朝 ・ 昼 ・ 夕 ・ 就寝前 ・ その他(_____) 】 |
| 坐薬時記入 1回分の 種類と量 | (_____) mg の坐薬を (_____) 本 使用する |
| 坐薬時記入 与薬体温 | 体温が (_____) 以上 のときに挿入する |
| 指 示 期 間 | 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 |

医療機関名 _____

医師名 _____