

与薬依頼書(外用薬)

認定こども園シオン 園長 稲垣 昇殿	園長	看護師	担当保育教諭

下記の通り与薬を依頼し、与薬責任は私自身が負います。

保護者氏名

園児氏名			
依頼日	年	月	日()
病名			
園児の体調	* 体温/ () °C * 食欲/ 有り・普通・無し * 機嫌/ 良い・普通・悪いし * 排便/ 良い・硬い・柔らかい・下痢		
与薬時刻	* 家庭での最終与薬時刻 時 分 * 園での与薬時刻 給食前・給食後 その他(時 分頃)		
症状等	虫刺され・かゆみ止め・アトピー・痙攣止め 結膜炎・目やに・その他()		
薬の種類等	① 塗り薬 (方法・場所) ② 目薬 (方法・場所) ③ 座薬 (方法・場所) ④ その他 (方法・場所)		
病院名			TEL
薬局名			TEL
処方日			

与薬依頼書(外用薬)

認定こども園シオン 園長 稲垣 昇殿	園長	看護師	担当保育教諭

下記の通り与薬を依頼し、与薬責任は私自身が負います。

保護者氏名

園児氏名			
依頼日	年	月	日()
病名			
園児の体調	* 体温/ () °C * 食欲/ 有り・普通・無し * 機嫌/ 良い・普通・悪いし * 排便/ 良い・硬い・柔らかい・下痢		
与薬時刻	* 家庭での最終与薬時刻 時 分 * 園での与薬時刻 給食前・給食後 その他(時 分頃)		
症状等	虫刺され・かゆみ止め・アトピー・痙攣止め 結膜炎・目やに・その他()		
薬の種類等	① 塗り薬 (方法・場所) ② 目薬 (方法・場所) ③ 座薬 (方法・場所) ④ その他 (方法・場所)		
病院名			TEL
薬局名			TEL
処方日			

与薬依頼書(外用薬)

認定こども園シオン 園長 稲垣 昇殿	園長	看護師	担当保育教諭

下記の通り与薬を依頼し、与薬責任は私自身が負います。

保護者氏名

園児氏名			
依頼日	年	月	日()
病名			
園児の体調	* 体温/ () °C * 食欲/ 有り・普通・無し * 機嫌/ 良い・普通・悪いし * 排便/ 良い・硬い・柔らかい・下痢		
与薬時刻	* 家庭での最終与薬時刻 時 分 * 園での与薬時刻 給食前・給食後 その他(時 分頃)		
症状等	虫刺され・かゆみ止め・アトピー・痙攣止め 結膜炎・目やに・その他()		
薬の種類等	① 塗り薬 (方法・場所) ② 目薬 (方法・場所) ③ 座薬 (方法・場所) ④ その他 (方法・場所)		
病院名			TEL
薬局名			TEL
処方日			

与薬依頼書(外用薬)

認定こども園シオン 園長 稲垣 昇殿	園長	看護師	担当保育教諭

下記の通り与薬を依頼し、与薬責任は私自身が負います。

保護者氏名

園児氏名			
依頼日	年	月	日()
病名			
園児の体調	* 体温/ () °C * 食欲/ 有り・普通・無し * 機嫌/ 良い・普通・悪いし * 排便/ 良い・硬い・柔らかい・下痢		
与薬時刻	* 家庭での最終与薬時刻 時 分 * 園での与薬時刻 給食前・給食後 その他(時 分頃)		
症状等	虫刺され・かゆみ止め・アトピー・痙攣止め 結膜炎・目やに・その他()		
薬の種類等	① 塗り薬 (方法・場所) ② 目薬 (方法・場所) ③ 座薬 (方法・場所) ④ その他 (方法・場所)		
病院名			TEL
薬局名			TEL
処方日			