

医師指示書

学校法人 東京丸山学園
まるやま保育園 園長殿

平成 年 月 日

園児名 _____ 平成 年 月 日生
_____ 歳 ヶ月

保護者名 _____

主治医の指示により、保育時間内での与薬をお願いします。

薬の預かり・与薬内容指示書

疾患名		
園で与薬が必要な理由		
薬品名 薬理作用		
副作用 その他の注意事項		
預かり	抗けいれん剤・ 抗アレルギー剤等	預かり期間 年 月 日 ~ 年 月 日
与薬方法	内服薬	内服回数 回(食前(分前)・食後・おやつ前(分前)) 与薬期間 年 月 日 ~ 年 月 日まで
	外用薬 軟膏・点眼薬等	時 間 (昼寝前・その他) 与薬期間 年 月 日 ~ 年 月 日まで
保管場所		1. 室温 2. 冷暗所 3. その他()

平成 年 月 日

医療機関名

医師名

印

電話番号

(主治医の先生へのお願い)

保育園では、基本的に与薬は行っていません。保育中にどうしても与薬が必要な薬に限って、この与薬指示書の記入をお願い致します。