

くすり服用申込書

年 月 日

園児名

保護者名

印

病院名

病名

- * 薬は、必ず一回分に分けて、お名前をフルネームで記入してお持ち下さい。
- * 薬は、この申込書と一緒に、保育士に直接お渡し下さい。
- * 該当するものに、○印、または、記載をお願いします。

①持参した薬は、 年 月 日に処方された薬です。

②薬の形状と数量

内服薬：散剤(粉) ()種類・水薬 ()種類・錠剤 ()種類

外用薬：塗り薬 ()種類・目薬 ()種類・その他 ()種類

③薬の内容

内服薬：抗生物質・整腸剤・咳止め・アレルギー(鼻炎等)
その他()

外用薬：おむつかぶれ・かゆみ止め・抗菌剤・保湿剤・その他()

④服薬時間

内服薬：食前・食後・食間()時

塗り薬：部位：() 月 日から

時間：おむつ交換時・排便時・午睡前(着替え時)
その他()

目薬：両眼・左眼・右眼 時間() 時頃)

⑤使用方法(飲ませ方)や注意事項など 例：水に溶いてスプーンで飲ませる

受領者
サイン

与薬者
サイン

与薬
時間

- * 薬局でのお薬の説明書きがございましたら、お持ち下さい。
- * 紙面に記載されている個人情報は、香芝市個人情報保護条例に基づき保管いたします。
- * 基本、園での服用が無い様、主治医の先生にご相談下さい。