

令和 年 月 日

山崎北こども園

組 園児氏名

平熱()℃

投薬依頼書

保護者氏名

緊急連絡先(Tel)

原則として園での投薬はできません。病院で相談し自宅での朝・夕の薬で対応して下さい。

※ この薬の依頼書は**本日のみ有効**です。毎回ご記入下さい。

※ 薬は**本日投与分(1日1回のみ)**と**投薬依頼書**を職員へ手渡して下さい。

※ 薬の容器や袋に**名前を記入**して下さい。

※ 薬を飲むためのオブラート・ジュース・ゼリー等はお預かり出来ません。

※ 下記の投薬方法における投薬についての責任は、保護者の方に持って頂きます。

解熱剤について

※当日、解熱剤(カロナール等)を投与せず平熱の場合は投薬依頼書をお預かりします。

※**解熱剤(カロナール等)**を投与した場合は登園は出来ません。

※歯科、耳鼻科等で痛み止めとして処方されている薬(カロナール等)は自宅で朝・夕で投与して登園はできますが、園では投与することはできません。

朝の体温

()℃

●痛み止め(カロナール等)投与した時間 月 日 時 分

●病名

●薬を処方された病院名

病院の電話番号

●薬の種類(該当する所にチェック・○をして下さい)

☐内服薬

☐粉 包(抗生剤・整腸剤・その他)

(1. そのまま 2. ペースト状 3. 水に溶く 4. 水薬に溶く)

☐液・シロップ(咳止め・その他)

※**解熱・鎮痛剤(カロナール等)・市販の薬はお預かり出来ません。**

※**錠剤はお受けできません。**

☐その他

☐軟膏剤(塗布部位) 時 分頃

☐点眼剤(右目・左目・両目) 時 分頃

※**目薬・塗り薬は1日1回のみ、市販の薬はお預かり出来ません。**

☐ホクナリンテープ・ツロブテロール

●投薬する時間 ☐昼食後

●この薬を最終にご家庭で投与した時間 月 日 時 分

※**朝の薬(目薬・塗り薬も含む)午前8時までに投与して下さい。**

(※0・1歳児は午前7時30分までに投与)

※園記載

・受領時刻 時 分 受領者サイン

・投与時刻 時 分 投与者サイン()()