

投薬指示書(兼 在園児病児利用申込書)

みどりこども園

園児氏名 _____ 男・女 生年月日 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

病 名 _____

- ※ 当園では、薬の投薬は原則として行っておりません。薬を処方される場合は、朝、夕もしくは、昼間に服用しなくてもよい方法でお願い致します。
- ※ 当園での投薬指示書による投薬は、病後児保育扱いとさせていただきます。
- ※ どうしても昼間の服用が必要な場合は、下記に指示を記入下さい。

	薬 名	色	1 回分の用量	用 法
				時 間
1			mg/ 包・ml	<input type="checkbox"/> 内服 <input type="checkbox"/> 点眼 <input type="checkbox"/> 塗布 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 食前 <input type="checkbox"/> 食後 <input type="checkbox"/> その他()
2			mg/ 包・ml	<input type="checkbox"/> 内服 <input type="checkbox"/> 点眼 <input type="checkbox"/> 塗布 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 食前 <input type="checkbox"/> 食後 <input type="checkbox"/> その他()
3			mg/ 包・ml	<input type="checkbox"/> 内服 <input type="checkbox"/> 点眼 <input type="checkbox"/> 塗布 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 食前 <input type="checkbox"/> 食後 <input type="checkbox"/> その他()
4			mg/ 包・ml	<input type="checkbox"/> 内服 <input type="checkbox"/> 点眼 <input type="checkbox"/> 塗布 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 食前 <input type="checkbox"/> 食後 <input type="checkbox"/> その他()
5			mg/ 包・ml	<input type="checkbox"/> 内服 <input type="checkbox"/> 点眼 <input type="checkbox"/> 塗布 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 食前 <input type="checkbox"/> 食後 <input type="checkbox"/> その他()

用法の詳細や、「その他」の場合の用法等の記入をお願いいたします。

投薬の期間 : 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 から 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

医療機関名・医師名

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日