

平成29年度作成版

座薬のみ医師の指示と、署名または押印が必要

申し込み先: 駅前なかよし保育園長様 _____ 年 ____ 月 ____ 日

園児名	男・女		
生年月日	西暦	年	月 日
保護者氏名	印		
※ 連絡先 (TEL)			

与 薬 内 容	
病 名	
薬の名前	
薬の分類	抗けいれん薬 ・ 内分泌疾患治療薬 ・ 強心薬、 その他()
種類や量 与薬時間	散薬(粉薬) 1回に 包 昼食前・昼食後・どちらでも 座薬:医師による指示要:()内・該当に○ 1回に 個 発熱時(°C) ・挿入30分(分)以内に排便したら再挿入 ・再挿入不可 ・保護者に連絡のうえ再挿入
	水薬(シロップ) 1回に 目盛 昼食前・昼食後・どちらでも 外用薬(塗り薬など) 1日 回
申し込み書の期間	西暦 年 月 日 ～ 年 月 日 最長 か月まで ・ 年度内
保管方法	室温 ・ 冷蔵庫 ・ その他()
処方日	西暦 年 月 日 に処方されました。
処方した 病医院名と医師 電話番号	(座薬のみ病院名と医師の署名または押印が必要)
併用禁止薬などの 特記事項	

本「与薬申込書」は、八王子市私立保育園協会、八王子市医師会、八王子市幼稚園協会、八王子市保育幼稚園課が共同で作成しました。