

与薬指示書は、与薬依頼日ごとに保護者が記入してご提出ください。

2024 年度用

社会福祉法人東進 東進ポップキッズ
与薬指示書

組 園児名

保護者名

与薬日時 (月日を記入し、時間を○で囲む)	月 日 食前 ・ 食後 ・ その他 ()
	※初回のみ「薬剤情報提供文書」の写し： あり ・ なし→「なし」の場合は与薬不可
病名	
薬剤名	
薬理作用 (○で囲む)	抗生剤 ・ 抗アレルギー薬 ・ 外用薬(塗薬) ・ その他 ()
薬の種類	水薬 (ml) ・ 粉薬 (包) ・ 錠剤 (錠) ・ 外用薬 ()
特記事項	
医療機関名	

※以下は、園で記入します。

確認職員	与薬職員	与薬時間	午前 ・ 午後	時	分 (食前 ・ 食後)
------	------	------	---------	---	---------------

キリトリ

与薬指示書は、与薬依頼日ごとに保護者が記入してご提出ください。

2024 年度用

社会福祉法人東進 東進ポップキッズ
与薬指示書

組 園児名

保護者名

与薬日時 (月日を記入し、時間を○で囲む)	月 日 食前 ・ 食後 ・ その他 ()
	※初回のみ「薬剤情報提供文書」の写し： あり ・ なし→「なし」の場合は与薬不可
病名	
薬剤名	
薬理作用 (○で囲む)	抗生剤 ・ 抗アレルギー薬 ・ 外用薬(塗薬) ・ その他 ()
薬の種類	水薬 (ml) ・ 粉薬 (包) ・ 錠剤 (錠) ・ 外用薬 ()
特記事項	
医療機関名	

※以下は、園で記入します。

確認職員	与薬職員	与薬時間	午前 ・ 午後	時	分 (食前 ・ 食後)
------	------	------	---------	---	---------------