

病後児保育利用申込書

申込者（保護者）氏名 ㊟ 続柄（ ）

利用期間： 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日

ふりがな		クラス	<input type="checkbox"/> モアナ <input type="checkbox"/> シリウス <input type="checkbox"/> マハナ <input type="checkbox"/> その他
園児氏名		生年月日	平成 年 月 日 (歳) 令和
医療機関名	病院名 ()		
診断名	診断名 ()		診断日 ()
本日の症状	<input type="checkbox"/> 発熱 (本日の体温: °C) <input type="checkbox"/> せき <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 喘鳴 <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> 鼻づまり ()		
薬の服用の有無につて	<input type="checkbox"/> 服用あり (与薬依頼書記入願います) <input type="checkbox"/> 服用なし		
気になることがあれば ご記入ください			

与薬依頼書

医師の診断を受けたところ、下記のとおり指示がありましたので保育園での与薬をお願いします。

該当項目にレ点の記入をお願いいたします

薬の種類	<input type="checkbox"/> シロップ (ml)	<input type="checkbox"/> 常温保存	<input type="checkbox"/> 冷所保存
	<input type="checkbox"/> 粉薬 (種類)	<input type="checkbox"/> 常温保存	<input type="checkbox"/> 冷所保存
	<input type="checkbox"/> 軟膏 (種類)	<input type="checkbox"/> 常温保存	<input type="checkbox"/> 冷所保存
	<input type="checkbox"/> 点眼・点耳 (滴/回)	<input type="checkbox"/> 常温保存	<input type="checkbox"/> 冷所保存
	<input type="checkbox"/> 貼り薬	<input type="checkbox"/> 常温保存	<input type="checkbox"/> 冷所保存
	<input type="checkbox"/> 抗けいれん薬 (°C以上で使用)	<input type="checkbox"/> 常温保存	<input type="checkbox"/> 冷所保存
飲ませ方及び与薬時間	<input type="checkbox"/> 食前	<input type="checkbox"/> 食後	
	<input type="checkbox"/> 水に溶かして	<input type="checkbox"/> そのまま	
	<input type="checkbox"/> その他 ()		

- 1 市販の薬、吸入薬、座薬はお預かりできません。
- 2 薬は1回分ずつ、必ず名前を書いて持参してください。
- 3 お薬は必ず手渡しで職員に渡してください。
- 4 朝の与薬時間の記入は忘れずをお願いします。(朝の与薬時間で昼分の与薬時間を決めます)
(下記の表にご記入ください)

月 日	/	/	/	/	/	/	/
朝の与薬時間	(:)	(:)	(:)	(:)	(:)	(:)	(:)
受領者							
確認者/与薬者	/	/	/	/	/	/	/
与薬時間	(:)	(:)	(:)	(:)	(:)	(:)	(:)

* 申込書は終了後、園にて保管いたしますのでご了承ください。