

投薬指示書

社会福祉法人 金剛朋友会
ルンビニ保育園

氏名 _____ 男 ・ 女 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

病名 _____

主治医様

ルンビニ保育園では原則として、**お薬の投与は行っておりません。**

お薬を処方される際は、朝・晩の2回や保育時間（開所時間は7時～19時、多くの児童は9時頃登園し、18時頃に降園します。）を避けて服用出来る方法・お薬でお願い致します。保育園での投薬は、場合により看護師では無く、保育士やその他無資格者が行う事があります。**どうしても保育時間中の服用が必要な場合**にのみ、下記に指示をご記入下さい。

ルンビニ保育園 園長

上記の者につき、以下のとおり貴園（ルンビニ保育園）において投薬して下さい。

	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"/> ()
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"/> ()
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"/> ()
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"/> ()
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"/> ()

用法の詳細や、上の表中で用法欄に「その他」を選択された場合の用法等を下の記入欄にご記入ください。

投薬の期間：平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日より平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日まで

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

医療機関名・医師名