慢性的症状に使用する薬の申請書

学校法人　顕真学園
新小岩幼稚園
園長　　千葉　優子　殿

クラス名　　（　　組）

園児名　　（　　）

生年月日　　年　　月　　日　　（　　歳）

かかりつけの病院名　（　　）
電話番号　　（　　）

担当医師名　　（　　）

病名　（又は症状）　（　　）

使用する薬について

・薬の剤型　　粉　・　液（シロップ）　・　外用薬（　　）
・薬の内容、何に効くのか　（　　）
・薬　剤　名　　（　　）
・家庭での使用状況・使用頻度　（　　）
・使用する時間　　昼食前・昼食後・おやつ前・おやつ後・その他　（　　）
・服用を始めた時期　　令和　　年　　月　　日　　（頃）
・副　作　用　　あり　・　なし
あった場合の対処方法（　　）

☆園にて症状を判断しかねる場合には保護者又は主治医にご連絡することになります。

提出日　　令和　　年　　月　　日

保護者氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※お薬情報提供書を添えて提出してください。