

食物アレルギーの投薬依頼書 (保護者記入)

| | | | | |
|-----------------------|---------------|-----------------------------|-----------|--------------|
| 保護者記載 | 依頼先 | 二川保育園 | 記載年月日 | 平成 年 月 日 () |
| | 依頼者 | 保護者名: _____ 組 園児名: _____ | | |
| | 主治医 | 氏名: _____ | 電話: _____ | |
| | | 病院名: _____ (_____ 科) | | |
| | ①薬品名 | (_____) | | |
| | ②保管 | 常温 ・ 冷蔵庫 ・ その他(_____) | | |
| | ③診断日 | 平成 年 月 日 | | |
| ④処方された薬は再受診日の平成 年 月 日 | 日まで園で保管して下さい。 | | | |
| ⑤アレルギー反応食: | (_____)を摂取時 | | | |
| ⑥摂取時の症状が | (_____)の時 | | | |

| | | | |
|-------|------------------|-----------|-------------------|
| 保育園記載 | 投薬者サイン [_____] | 使用日時: | 月 日 時 分 |
| | ☆服薬の状況など | | |
| | 食事時間 | 時 分 ~ 時 分 | |
| | 食事内容 | 【 _____ 】 | |
| | けいれん | なし ・ あり | けいれん時間: 時 分 ~ 時 分 |
| | 発疹 | なし ・ あり | 頭 顔 腹 背中 尻 腕 脚 |
| | その他の様子 | | |

※アレルギー除去食に関する診断書の添付をして下さい。(用紙は園にあります)

食物アレルギーの投薬依頼書 (保護者記入)

| | | | | |
|-----------------------|---------------|-----------------------------|-----------|--------------|
| 保護者記載 | 依頼先 | 二川保育園 | 記載年月日 | 平成 年 月 日 () |
| | 依頼者 | 保護者名: _____ 組 園児名: _____ | | |
| | 主治医 | 氏名: _____ | 電話: _____ | |
| | | 病院名: _____ (_____ 科) | | |
| | ①薬品名 | (_____) | | |
| | ②保管 | 常温 ・ 冷蔵庫 ・ その他(_____) | | |
| | ③診断日 | 平成 年 月 日 | | |
| ④処方された薬は再受診日の平成 年 月 日 | 日まで園で保管して下さい。 | | | |
| ⑤アレルギー反応食: | (_____)を摂取時 | | | |
| ⑥摂取時の症状が | (_____)の時 | | | |

| | | | |
|-------|------------------|-----------|-------------------|
| 保育園記載 | 投薬者サイン [_____] | 使用日時: | 月 日 時 分 |
| | ☆服薬の状況など | | |
| | 食事時間 | 時 分 ~ 時 分 | |
| | 食事内容 | 【 _____ 】 | |
| | けいれん | なし ・ あり | けいれん時間: 時 分 ~ 時 分 |
| | 発疹 | なし ・ あり | 頭 顔 腹 背中 尻 腕 脚 |
| | その他の様子 | | |

※アレルギー除去食に関する診断書の添付をして下さい。(用紙は園にあります)