

与薬依頼書

新潟保育園 園長 様

次の園児について医師と相談の結果、医師の指示により保育園での保育時間中における与薬が必要となりました。つきましては下記の注意事項を遵守し、保護者の責任において与薬の依頼をします。

(太枠内のみ記載してください。)

与薬依頼日	令和 年 月 日	与薬期間	月 日 ~ 月 日
園児名	クラス名： ぐみ	保護者名	

病名		症状	
医療機関名		受診日	月 日 ()

与薬方法 (用法・用量等)				処方日	
①内服薬	粉薬 錠剤 シロップ その他 ()	食前 食後 食間 (時頃)		月 日	
	そのまま 水に溶く その他 ()	その他の時間 ()			
②内服薬	粉薬 錠剤 シロップ その他 ()	食前 食後 食間 (時頃)		月 日	
	そのまま 水に溶く その他 ()	その他の時間 ()			
③塗り薬	患部 () 回数 ()	⑤塗り薬	患部 () 回数 ()	月 日	
④点眼薬	患部 (右目・左目) 回数 ()	⑥点眼薬	患部 (右目・左目) 回数 ()	月 日	

【※注意事項】

- 医師の指示による与薬しか受け付けません。記入漏れがある場合、与薬ができないことがあります。
- 薬が複数のときは、それぞれに①②と記入して下さい。内服薬は当日1回分をジッパーの袋などに入れて与薬依頼書と一緒に持ちください。また、薬を入れた容器や袋には必ず名前を記載してください。
- 薬の説明書がありましたら一緒に持たせてください。(コピーをさせていただくこともあります)
- 薬の変更や延長がある場合は、新たに与薬依頼書を提出し、担任にお知らせください。与薬依頼書のない薬は原則として与薬できません。
- 心臓疾患、喘息、アレルギーなどで与薬が必要となる場合には、医師の診断書が必要です。事前に園と相談してください。

★与薬が終わりましたら、この与薬依頼書は園で保管いたします。

確認月日	/	/	/	/	/	/
保護者サイン						
※園記載欄	受付者サイン					
	薬の種類	()	()	()	()	()
	与薬時間	:	:	:	:	:
	与薬者サイン					

※与薬に関する全ての責任は保護者にあり、園では一切の責任を負いません。