

与薬依頼書(内服薬・外用薬)

千里山くじら小規模保育園 園長宛

保護者名 印 緊急連絡先 TEL

次の園児については、医師との相談の結果、指示により、やむを得ず園での保育時間における与薬が必要となりました。つきましては、保護者の責任において、園での園児に対する与薬を下記により、行っていただきたく依頼いたします。

医療機関名	園児名	
	クラス名	
	医療機関 TEL	
与薬期間	年 月 日	与薬終了 年 月 日
病名(又は症状)		
薬の種類	与薬方法(用途、用量等)	薬の処方された日
<内服薬①> 薬名	服用時間 食前・食間・食後 分 服用方法 そのまま・水で溶く・()	月 日
<内服薬②> 薬名	服用時間 食前・食間・食後 分 服用方法 そのまま・水で溶く・()	月 日
<塗り薬> 薬名	塗る場所 全身・上肢(左・右)・下肢(右・左)・その他 塗る時間 昼寝の時・痒がる時・その他	月 日
<点眼薬> 薬名	点眼する目は(右目・左目) 両眼 点眼時間 昼食後・その他 時頃	月 日
< > 薬名		月 日
与薬時の 注意事項	保管方法	常温・冷蔵庫 その他()

園記載欄

予約日					
受領者					
与薬者					
予約時間					

【注意事項】

- ・与薬代行を希望される方は、必ず与薬依頼書と服薬情報を記載されている用紙を添えて、保育者に手渡し願います。
- ・手渡しでない場合や、依頼書がない場合は安全上、与薬致しませんのでご了承ください。
- ・薬は、必ず一回分の分量を量って、その日に必要な分だけお持ちください。
- ・薬を入れた容器や袋(ジブロック等)には、必ず園児名の記入をお願い致します。
- ・市販の薬は受け付けません。
- ・心臓疾患、ぜんそく、アレルギーなどで投薬が必要となる場合には、医師の診断書が必要となりますので、事前にご相談ください。