与薬依頼書

すみれ保育園長 様

　次の園児については、医師と相談の結果、指示により、やむを得ず、保育園での保育時間中における与薬が必要になりました。

　つきましては、保護者の責任において、保育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。

依頼日　令和　　年　　月　　日　保護者名

　　　　　組　園児名　　　　　　　　　　(平成・令和　　年　　月　　日生)

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関名 | 　　　　　　　　　　　 |
| 病名 |  |
| 薬の 種 別 | 与薬方法（用法・用量等） | 薬の処方された日 |
| 内服薬① | 服用時間　食（前・間・後）　　　分服用方法　そのまま・水で溶く・その他 | 月　　日 |
| 内服薬② | 服用時間　食（前・間・後）　　　分服用方法　そのまま・水で溶く・その他 | 月　　日 |
| 塗り薬 | 回数　　回（時間　　　　）患部（　　　　　） | 月　　日 |
| 点眼薬 | 回数　　回（時間　　　 ）幹部（右目・左目） | 月　　日 |

【注意事項】

⑴ 薬局などから薬の説明書がある場合には、園の職員に見せてください。

⑵ 薬を入れた容器や袋には、必ず園児名を記載するとともに、内服薬などが複数の場合には、それぞれ①、②と記載してください。

⑶ 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、医師の診断書の提出等が必要となりますので、事前に保育園と相談してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 園記載 | 受領者サイン　　　　　　 |
| 与薬者サイン　　　　　　与薬時刻　　月　　日　午前・午後　　時　　分 |

※連続して与薬を希望する場合は、下記に続けて記入してください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | ／ | ／ | ／ | ／ | ／ | ／ | ／ |
| 保護者名 |  |  |  |  |  |  |  |
| 受付者サイン |  |  |  |  |  |  |  |
| 与薬時間与薬者サイン |  |  |  |  |  |  |  |