

与薬依頼書

令和 年 月 日

高橋保育園長 殿

下記の園児については、医師と相談の結果、指示により止むを得ず、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、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って行っていただきたく依頼します。なお、指示された与薬による事故等が出た場合は保育園への苦情や責任は求めません。

高橋保育園

クラス	組	保護者氏名	印		
園児氏名					
医療機関名 (医師名)	医療機関名..... 印.....(医師名.....)				
病名 (又は症状)	病名.....(症状).....				
下記の持参した薬は、令和 年 月 日に処方されたうちの本日分です。 (該当するものに☑をお願いします。)					
①内服薬	薬の剤型	<input type="checkbox"/> 粉末 (包) <input type="checkbox"/> シロップ <input type="checkbox"/> 錠剤 (錠) <input type="checkbox"/> その他 ()			
	飲ませ方	<input type="checkbox"/> そのまま <input type="checkbox"/> 水に溶く <input type="checkbox"/> その他 ()			
	与薬の時間	<input type="checkbox"/> 食前 <input type="checkbox"/> 食後 <input type="checkbox"/> その他 ()			
	薬の保管方法	<input type="checkbox"/> 常温 <input type="checkbox"/> ※冷蔵庫 <input type="checkbox"/> その他 ()			
	薬の内容	<input type="checkbox"/> 抗生物質 <input type="checkbox"/> かぜ薬 <input type="checkbox"/> 咳止め <input type="checkbox"/> その他 ()			
②塗薬	患部		③点眼薬	点眼の時間等	時・ 時 (滴)
	塗薬の時間	時・ 時	④点耳薬	点耳の時間等	時・ 時 (滴)
副作用	(必ずいずれかに☑してください) <input type="checkbox"/> 家庭で1回以上使用した薬で、安全が確認されている。 <input type="checkbox"/> 今回保育園での使用が初めてであるが、与薬の責任は保護者が負う。				
備考欄	(注意することがあったらご記入ください)				

<留意点>

1. 与薬はなるべく家庭で行い、やむを得ない場合のみ受け付けます。
2. 薬と与薬依頼書は袋等に入れて当園時に職員にお渡しください。
3. 薬の袋または容器には必ず名前を書いてください。
4. 与薬の回数(量)は必ず1回分をお願いします。シロップも1回分にして容器でご持参ください。
5. 病名ごとに与薬依頼書の提出が必要となります。
6. 不備がある場合や嫌がる場合は、与薬しませんのでご了承ください。
7. ※印の冷蔵庫保管が必要な場合はご家庭でクーラー・保冷材を準備して持参してください。

保護者記載欄	保育園記載欄			保護者記載欄
期 日	受領者	投与者		サイン
	サイン	時 刻	サイン	
令和 年 月 日		時 分		
令和 年 月 日		時 分		
令和 年 月 日		時 分		
令和 年 月 日		時 分		
令和 年 月 日		時 分		

※ 保護者記載分で期日欄は当日の朝、サイン欄は受領者サイン・投与者サインを確認してからサインしてください。