

与薬依頼書(保護者記載用)

みらいく

園 園長 宛

20 年 月 日

児童氏名 _____

保護者名 _____

印 _____

＜与薬についての約束事項＞

1. 当園では、原則与薬は行っておりませんが、
時間与薬(「〇〇時に内服」といった時間を指定される場合)の必要な薬剤・食事に関連するものや、
熱性けいれん・喘息の予防に関連した薬剤など、やむを得ないものに限り、与薬対応をしております。
病院受診の際、保育園での与薬が無いよう、朝・夕2回の薬の処方をお願いをお勧めします。
2. この与薬依頼書と薬剤情報書をご一緒に提出してください。
(薬剤情報書は情報書の中の与薬する薬に○を付け、コピーをして一緒にお持ちください。)
3. 市販薬はお受けできません。(医師の処方薬のみ)
4. 薬は一回分を、薬袋又は容器に氏名・日付を記入し職員に手渡ししてください。
※与薬による万が一の事故を防ぐ為にも、お手数ですが複数日与薬が必要なものにつきましても、
与薬する日ごとにお渡しくださいますようお願いいたします。
5. 与薬は家庭とは異なるため、確実な投与が出来ない場合もございます。園では水(湯冷まし)でしか対応出来ない
為、ご家庭で水で内服できるようにしてください。(服薬ゼリーや、ジュース等でなく)
6. 与薬後の空袋、貼付薬の残りについては園で与薬、貼付した事をご確認いただく為に返却させていただきます。
7. 依頼書は最終的に園にて保管いたします。

1. 病名・症状 :

2. 受診した病院 : _____ Tel: _____ (主治医名 _____)

3. 受診日 : _____ 年 _____ 月 _____ 日 (与薬期間: _____)

4. 薬剤名 : (_____)

与薬時間 : 食前 (昼・夕) 食後 その他点眼塗薬に限り(_____)

与薬の種類 : 飲み薬(錠剤 散薬 水薬)外用薬(軟膏 点眼薬 座薬) 吸入薬

部位(外用薬の場合のみ) : (_____)

保管は基本的に室内で行います。特別に冷蔵庫保管が必要な場合はご相談下さい。

5. 症状(家庭内でのようす):

熱 : _____ 月 _____ 日 _____ 時 _____ °C 機嫌 : 良 普通 やや不良 不良

咳 : あり なし 便 : 普通 やわらかい 下痢気味

鼻水 : あり なし 食欲 : あり なし

6. 使用日	受取サイン	保管者サイン	与薬時間	実施サイン	保護者確認サイン
月 日					
()曜日					

*コピーして繰り返しご利用ください。