薬の預かり・与薬依頼書

ともだちの森保育園長殿　　平成　　年　　月　　日

保護者名　　印

生年月日

園児氏名　　平成　　年　　月　　日　　歳　　カ月

主治医の指示により、保育時間内での与薬をお願いします。

薬の預かり・与薬内容指示書

疾患名		
園で与薬が必要な理由		
薬品名/薬理作用		
副作用/その他の注意事項		
預かり	抗痙攣薬等	預かり期間　　年　　月　　日 ～　　年　　月　　日
与薬方法	内服薬	内服回数　　回　[食前 ・ 食間 ・ 食後 ・ その他（　　時　　分）]
		与薬期間　　年　　月　　日 ～　　年　　月　　日 まで
	外用薬 軟膏・点眼薬等	使用時間
		使用量/使用か所　　/
		与薬期間　　年　　月　　日 ～　　年　　月　　日 まで
保管場所		1. 室内　2. 冷暗所　3. その他（　　）

平成　　年　　月　　日

医療機関名

医師名　　印

電話

＜主治医の先生方へお願い＞

保育園では、基本的に与薬は行っておりません。保育中にどうしても与薬が必要な薬に限って、この与薬内容指示書の記入をお願い致します。

また、正しく適切な与薬が行えるよう、指示書の内容をできるだけ詳しくご記入いただけると幸いです。

＜保護者の方へ＞

尚、依頼書の作成については文書料が必要となる場合がございます。