

与薬依頼書

依頼月日 令和 年 月 日

保育園では、医師の指示により保育時間中に与薬が必要された場合のみ、保護者に代わって与薬をします。(内服薬は、一回分のみをジップパック袋に入れ、薬の容器とジップ袋に氏名、薬名・与薬日と食前・食後を記入してください。)

※未記入など記載に不備がある場合は、園で与薬を行うことができません。ご注意ください。

※「薬」と「与薬依頼書」と「薬剤情報提供文書(薬の説明書)」を直接保育者に渡してください。

保育園長様

クラス名

園児名

保護者名

印

医療機関名		電話番号	
医師名			
病名	(主な症状)		
与薬期間	月 日 ~ 月 日		
薬の保管方法	・室温 ・冷蔵庫 ・その他 ()		
薬の種類に○をつけてください	内服薬	①薬名 () 投薬の量 1回 包・ 目盛 ・ 錠 時間帯 食前 ・ 食後 その他 ()	
	内服薬	②薬名 () 投薬の量 1回 包・ 目盛 ・ 錠 時間帯 食前 ・ 食後 その他 ()	
	外用薬	薬名 () 患部 使用時間	
	点眼薬	薬名 () 一日 回 (両目・右目・左目)	
	熱性痙攣 予防薬 (座薬)	①薬名 () m g ・発熱 度で使用。	
座薬使用期限	②薬名 () m g ・発熱 度で使用。		
年 月	※②の座薬に関する与薬方法 ・ <input type="checkbox"/> ①座薬の 何分後に使用する ・ <input type="checkbox"/> ①座薬と同時に使用 ・ <input type="checkbox"/> その他 ()		

与薬依頼書

与薬依頼書に記載したとおりの疾病により、継続投薬を必要とするため、与薬を依頼いたします。

クラス名 _____ 園児名 _____

保護者名 _____ 印 _____

【内服薬、外用薬、点眼薬用】

月 日	/	/	/	/	/	
	月	火	水	木	金	土
保護者 サイン						
与薬時間						
与薬者						
月 日	/	/	/	/	/	
	月	火	水	木	金	土
保護者 サイン						
与薬時間						
与薬者						

※お子様への投薬が終了しましたら、この依頼書は保育園で回収しますので提出してください。内服薬及び外用薬の与薬が2週間を過ぎる場合は、与薬依頼書の再提出をお願い致します。

【熱性痙攣予防薬用】

園 記 入 欄	使用日	年 月 日 ()
	座薬使用時間	時 分 (与薬者サイン:)
	体温	発熱 ℃ (時 分) 再測定 発熱 ℃ (時 分)
	症状	
	連絡・お迎え時間	<input type="checkbox"/> 保護者(母・父・祖父・祖母・その他)に連絡 <input type="checkbox"/> お迎え時間 時 分 (母・父・祖父・祖母・その他)
保護者サイン		

※座薬を園で与薬した場合、保護者サインをお願いします。この依頼書は回収します。