

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】

- (1) 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。
- (2) 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。
- (3) 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							