

与薬依頼書

年 月 日

つぼみ保育園 宛

下記の児童について、医師の診療を受けたところ、下記の保護者記入欄の内容のと通りの指示がありましたので、私に代わって保育園での与薬をお願いいたします。

- 持参した薬は
- ①医師が処方した薬です。
 - ②薬は1回ずつ分けています。当日分のみ持参しました。
 - ③薬の袋や容器に子どもの氏名と日付を明記しています。

記

〈 保護者記入欄 〉

児童氏名 (組)

緊急連絡先	<input type="checkbox"/> 緊急連絡票のとおり <input type="checkbox"/> その他 ()
病院名	病院名： 診療科： 主治医：
病名 (症状)	
薬処方日	年 月 日
与薬期間 (園)	年 月 日 ~ 月 日
薬の保管	<input type="checkbox"/> 常温 <input type="checkbox"/> 冷蔵庫 <input type="checkbox"/> その他 ()
飲み方について	・抗生物質 ・咳止め ・鼻水止め ・風邪薬 ・嘔気止め ・下痢止め ・気管支拡張剤 ・その他 ()
与薬時間	<input type="checkbox"/> 食前 <input type="checkbox"/> 食後 <input type="checkbox"/> その他 ()
その他の薬について	種類 () 使用部位 () 使用期間 ()

〈 保護者確認事項 〉

上記の保護者記入欄の内容は、正確であり、記入漏れはありません。
また、上記児童の症状等により、主治医等関係者に必要な事項を連絡・照会することを承諾致します。なお、与薬に伴い生じた一切の結果に関する全ての責任は私が負うものとし、与薬に関わった者の責任を問うことはありません。

〈 保育所記入欄 〉

与薬日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
受領者サイン					
与薬者サイン及び 与薬時間	サイン： 時間 :	サイン： 時間 :	サイン： 時間 :	サイン： 時間 :	サイン： 時間 :
実施状況など					

※薬剤情報提供書、またはお薬手帳のコピーを与薬依頼書と共に提出してください。