

与薬依頼書

すみれ保育園 園長殿

記入日	平成 年 月 日		
クラス名	うめ・たんぽぽ・さくら もも・ひまわり・きく	園児名	
病名（症状）			
主治医等	主治医氏名	TEL	- -
	病院名		
処方日	平成 年 月 日 （ 日分）		
与薬依頼期間	平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日		
内服薬	水薬（ ）種類・粉薬（ ）種類・その他（ ）種類 ※ 「昼食後」用に処方されたお薬のみ与薬いたします		
外用薬	ぬり薬 目薬 点眼 点耳 その他（ ） 方法・部位（ ）		

※ 与薬依頼の初回には必ず『薬の説明書』添付してください コピーをとり原本はお返します

この与薬依頼書によって与薬した結果についての責任は、保育園側がないことを承認します。

保護者氏名

印

与薬依頼日	薬受取	与薬確認 保育園	与薬確認 保護者	与薬依頼日	薬受取	与薬確認 保育園	与薬確認 保護者
H . .				H . .			
H . .				H . .			
H . .				H . .			
H . .				H . .			
H . .				H . .			

留意点

- ・ 医師に保育園に通っていることを伝え、どうしても食後に薬を飲む必要があるかをご確認ください。
- ・ お持ち頂く薬は1回分をお願いします。水薬であれば容器に1回分だけをいれ、必ずお子様の名前をお書きください。
- ・ 処方時に「昼食後」以外の印字のされたお薬（朝食後など）は、与薬をお断りいたします。
- ・ 飲むのを嫌がったり、飲むと吐いてしまう場合は安全確実に与薬できませんのでお断りすることがあります。
- ・ この用紙は与薬期間使用します。依頼終了後には園側で回収し、保管致します。
- ・ 10回以上与薬の場合は、別の確認表で引き継ぎます