

与薬依頼書

年 月 日

園長 殿

医師の診断の結果、薬の投与が必要となりました。
 下記の通り、私に代わり与薬をお願い致します。
 尚、この与薬により、何か異常な事態が生じても、園への責任は問いません。

記

(必要なところは○で囲んでください) ※太枠内をご記入ください。

| | | | | | | |
|--------|-------------------|---------|------------|-------------------|--------------|--|
| お子様の氏名 | | | | | | |
| 保護者氏名 | ◎ | | | | | |
| 病院名 | | TEL | | | | |
| 診断名 | | | | | | |
| 処方期間 | 年 月 日 のみ・から 月 日まで | | | | | |
| 依頼期間 | 年 月 日 のみ・から 月 日まで | | | | | |
| 薬の種類 | 粉 末 | 包 / 1回 | | そのまま飲む ・ 少量の水で溶いて | | |
| | シロップ | 本 / 1回 | | 目 薬 | 左目 ・ 右目 ・ 両目 | |
| | 軟 膏 | 部位: () | | | | |
| | その他 | | | | | |
| 服用時間 | 食 前 | 食 後 | 時間指定 (:) | | | |
| | おやつ前 | おやつ後 | その他 () | | | |
| 備考欄 | | | | | | |

- *初めて処方されたお薬はお預かりしておりませんので、ご了承下さい。
- *依頼書とともに、薬剤情報提供書をお持ちください。
- *内服薬(シロップ・粉薬)は、一回分ずつの小分けにしてお持ちください。
- *市販の薬・解熱剤に関しては、お預かりしておりません。
- *週が変わったら、改めて提出してください。
- *依頼書は、お薬と一緒に、保育士または看護師に手渡してください。
- *薬の袋及び容器に氏名を記入してください。
- *与薬を依頼された際は、登園前に内服や塗布、貼付等の時間を連絡帳にご記入いただくか、登園時に職員よりお伺いさせていただきます。(保育士よりお声をおかけさせていただくこともございます。)

| | | | | | | |
|----------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 与薬日 | ／ (月) | ／ (火) | ／ (水) | ／ (木) | ／ (金) | ／ (土) |
| 朝の内服時間 | : | : | : | : | : | : |
| 受け取った担当者 | | | | | | |
| 与薬担当者 | | | | | | |
| 与薬時間 | : | : | : | : | : | : |
| 与薬担当者 | | | | | | |
| 与薬時間 | : | : | : | : | : | : |
| 園長確認欄 | 印 | 印 | 印 | 印 | 印 | 印 |