

## 薬の預かり・与薬依頼書

えがおの森保育園 園長殿

年 月 日

保護者署名

生年月日

児童名

年 月 日生 歳 ヶ月

歳クラス

主治医の指示により、保育時間内での与薬をお願いします。

## 薬の預かり・与薬内容指示書

疾患名							
園で与薬が必要な理由							
薬品名 薬理作用							
副作用 その他の注意事項							
預かり	抗けいれん剤等	預かり期間	年	月	日	～	年
与薬方法	内服薬	内服回数	回	[食前 ( 分前) ・食後・おやつ前( 分前)]			
		与薬期間	年	月	日	～	年 月 日まで
	外用薬 軟膏・点眼薬など	時間	(昼寝前・その他 )				
		与薬期間	年	月	日	～	年 月 日まで
保管場所		1. 室内    2. 冷暗所    3. その他 ( )					
年 月							
		医療機関名					
		医師名					
		印					
		電話					

### <主治医の先生方へお願い>

保育園では、基本的に与薬は行っておりません。保育中にどうしても与薬が必要な薬に限って、この与薬指示書の記入をお願い致します。

### <保護者の方へ>

依頼書の作成については、文書料が必要になります。

なお、正しく適切な与薬が行えるようにするために、与薬の必要性など依頼書の記載で確認したいことがあった場合には、再度、受診をお願いすることがあります。また、園から主治医に確認のお電話をさせていただく場合もあります。ご了承ください。