

薬の預かり・与薬依頼書

こもれびの森保育園長殿

平成 年 月 日

保護者名 _____ 印

生年月日

園児氏名 _____ 平成 年 月 日 歳 力月

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	抗痙攣薬等	預かり期間	年 月 日 ~ 年 月 日 まで
与薬方法	内服薬	内服回数	回 [食前・食間・食後・その他(時 分)]
		与薬期間	年 月 日 ~ 年 月 日 まで
	外用薬 <small>軟膏・点眼薬等</small>	使用時間 使用量/使用か所	/
		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()		
平成 年 月 日	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、この与薬内容指示書の記入をお願い致します。

また、正しく適切な与薬が行えるよう、指示書の内容をできるだけ詳しくご記入いただくと幸いです。

<保護者の方へ>

尚、依頼書の作成については文書料が必要となる場合がございます。