

みらい保育園 園長殿

お薬依頼書

保護者名 _____ 印

次の園児について、医師との相談の結果やむを得ず、保育時間中の与薬が必要となりました。つきましては、保護者の責任において、下記の要領で、与薬を行っていただきたく依頼いたします。

園児名			組			
医療機関名						
	TEL	()	担当医師名 :			
病名						
薬名						
薬の種類	内服・点眼薬・塗り薬・貼り薬・その他()					
与薬方法	与薬する時	食前・食間・食後・その他()				
与薬期間	年 月 日		～	年 月 日		
保管場所	常温・冷暗所・その他()					
その他						

【保育園での記録】

受領者	令和 年 月 日 時 分 氏名 :					
与薬日	/	/	/	/	/	/
与薬者						

《注意事項》

保育園では、原則的に、与薬を行うことができません。

病院で、1日3回ではなく、朝夕2回で、処方してもらってください。

どうしても保育園での与薬が必要な場合は、上記書類をご提出ください。

①薬は、医師の処方によるものに限りませす。

②薬を入れた容器や袋には、必ず園児名と組を記載してください。

(記載のない場合は、与薬できません。)

③飲み薬は、1回分ずつ分けてください。

④循環器系、神経系等、食事関連性の強い薬剤などの与薬が必要な場合は、事前にご相談ください。