

与薬依頼書

社会福祉法人 聖愛会
なでしここども園 園長殿

医師の診察を受けたところ下記の通り指示がありましたので、保護者の責任において看護師または保育士が与薬する事を依頼します。

令和 年 月 日 保護者氏名

組		園児名				
病院名	(電話番号)					
受診日	令和 年 月 日					
処方した薬局名						
症状や病名	1 風邪(咳・鼻水)					
	2 下痢、嘔吐、腹痛					
	3 アレルギー					
	4 その他()					
薬についての内容	薬の分類	薬の時間・量		薬の種類		
	粉薬	食前()包 食後()包		()種類		
	水薬・シロップ	食前・食後()		()種類		
	点眼薬	一日()回(右目・左目)		()種類		
	外用薬・軟膏	部位()		()種類		
	その他	()		()種類		
	頓服薬	()		()回分		
医師から指示された与薬期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日					
園に依頼する期間	月	火	水	木	金	土
	日付					
	職員チェック欄					
	日付					
職員チェック欄						
年間・長期間 お預かり薬	() 毎日・治癒するまでの与薬をお願いします。					
	() 与薬が必要な時のみお願いします。					
	与薬が必要な状況を詳しくお知らせください。					
与薬した日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
職員チェック欄						

毎日一回分の量の薬に指名を記入し、持参してください。与薬依頼書の記入漏れや薬剤情報提供書の提出がない場合は、与薬は出来ません。お子様の状況により与薬を中止する事がありますが、ご理解ください。また、園外行事の際に、与薬を希望する場合には、平常時とは別に、与薬依頼書・薬剤情報提供書・薬一回分をご用意ください。また、保護者が参加される園外行事の際には、原則として園では薬を持参致しません。園で保管している薬の持参を希望される場合は、事前にご相談ください。