与 薬 依 頼 書(1 日用)

駒沢わこう保育園・三軒茶屋わこう保育園　園長　殿

次の園児については、医師と相談の結果、指示によりやむを得ず、保育園での保育時間中における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、保育園での園児への投薬を下記の通りに依頼いたします。

依頼日　　年　　月　　日 から　　月　　日まで			
クラス名＿＿＿＿＿＿　保護者名＿＿＿＿＿＿＿＿　サイン＿＿＿＿＿＿ 園児名＿＿＿＿＿＿＿＿　生年月日　　年　　月　　日生			
医療機関名		医療機関電話番号	
担当医師名			
病　　名			

薬の種類	与薬時間・与薬方法等			薬の処方日
内服薬 ①	時間　食(前・後)　その他の時間(　　)			月　日
内服薬 ②	時間　食(前・後)　その他の時間(　　)			月　日
内服薬 ③	時間　食(前・後)　その他の時間(　　)			月　日
塗り薬 ①	回数　回/在園中　時間:　患部:			月　日
塗り薬 ②	回数　回/在園中　時間:　患部:			月　日
点眼薬	回数　回/在園中　時間:　患部:			月　日
与薬方法 (特に内服方法)		その他		

【注意事項】 誤飲を避ける為、以下のことをお守りください。

1. 薬剤情報提供書を一緒に添えてお持ちください。
   1)**医師の指示書**または**薬袋に指示がしっかりかかれたもの** ⇒ 医師の指示
   2)**薬の説明書**または**お薬手帳のコピー** ⇒ 薬局でもらったもの **※1)2)からそれぞれ一書類ずつ**
2. 薬の容器や内服薬・外袋には必ず**園児名を記載**する
3. 薬が複数の場合には、それぞれ①②③と**番号を記載**して下さい。
4. 座薬・解熱剤・鎮痛剤・市販の薬はお預かりできません。

※依頼書のない場合はお預かりできません。

＜サイン欄＞

日付	受取者	与薬者	与薬時間	返却者	保護者	責任者承認

令和 6 年度改正