

与薬依頼書

保育園長様

下記の児童について医師の診察を受けたところ、下記の保護者記入欄の内容のと通りの指示がありましたので、私に代わって保育園での与薬をお願いいたします。

持参した薬は… ①医師が処方した薬です。

②薬は一回分ずつに分けています。当日分のみ持参しました。

③薬の袋・容器に子どもの氏名、与薬日・時間を明記しています。

《保護者確認事項》下記保護者記入欄の内容は正確であり、記入漏れはありません。また、下記児童の症状等により主治医関係者に必要な事項を連絡照会する事を承諾します。尚、与薬に伴い生じた一切の結果に関するすべての責任は私が負うものとし、与薬に関わった者の責任を問うことはありません。

<保護者記入欄>

平成 年 月 日 保護者氏名

印

児童氏名	(港孕保育園 組)		薬の処方日	平成 年 月 日
病院名	病院名： _____ 診療科： _____ 主治医： _____			
病名(症状)			薬の保管	常温・冷蔵庫・その他()
園での与薬期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日			
飲み薬について	抗生物質・咳止め・鼻水止め・風邪薬・嘔気止め・下痢止め・気管支拡張剤・()			
	与薬時間	食前 ・ 食後 ・ その他()		
	粉末(種類)・シロップ(種類)・その他()			
その他薬について	種類()		使用部位()	
	使用時間()		その他()	

<保育園記入欄>

与薬日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
受領者サイン					
与薬者サイン	サイン：	サイン：	サイン：	サイン：	サイン：
与薬時間	時間：	時間：	時間：	時間：	時間：
与薬日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
受領者サイン					
与薬者サイン	サイン：	サイン：	サイン：	サイン：	サイン：
与薬時間	時間：	時間：	時間：	時間：	時間：

与薬日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
受領者サイン					
与薬者サイン	サイン：	サイン：	サイン：	サイン：	サイン：
与薬時間	時間：	時間：	時間：	時間：	時間：

与薬日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
受領者サイン					
与薬者サイン	サイン：	サイン：	サイン：	サイン：	サイン：
与薬時間	時間：	時間：	時間：	時間：	時間：