

薬の預かり・与薬依頼書

コンビプラザ弥生町保育園長殿

年 月 日

保護者名

印

生年月日

児童名

年 月 日生 歳 ヶ月 歳クラス

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	抗けいれん剤等	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(分前)・食後・おやつ前(分前)〕 与薬期間 年 月 日 ~ 年 月 日まで
	外用薬 軟膏・点眼薬など	時間 (昼寝前・その他) 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()
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。かぜ等の急性疾患の薬以外で、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。

<保護者の方へ>

尚、依頼書の作成については文書料が必要になります。