

職員サイン

与薬依頼書

※登園時、直接職員にお薬と一緒に提出して下さい。

園児名		病名	
与薬日	年 月 日 ~ 月 日		
医療機関名			

※持参した薬は 令和 年 月 日に処方されたものです。
(医療機関名がわかるものを一緒にご提示ください)

薬品名【

この与薬依頼書によって与薬した結果についての責任は、保育園側がないことを承認します。

保護者氏名

印

与薬方法

内服薬	与薬時間:食(前・中・後) その他(午前・午後 時頃)
ぬり薬	患部: ◆午前・午後に 回塗布する()
点眼薬	右眼 ・ 左眼 ・ 両眼 ◆午前・午後に 回 滴
備考	

留意点	<p>①与薬はなるべく家庭で行い、やむを得ない場合のみ受け付けます。</p> <p>②「薬品名」のところは薬の名前をお書きください。 (例)「咳止め」ではなく「アストミン」</p> <p>③持参した薬は処方された日付、医療機関名がわかるものと一緒にお持ちください。(薬剤情報提供書やおくすり手帳など)</p> <p>④薬の袋または容器には必ず名前をはっきり書いて下さい。</p> <p>⑤水薬は1回分を別容器に移してご持参ください。(職員が分量を量ることはできませんので、計量していない場合はお預かりしても与薬できませんのでご了承下さい)</p> <p>⑥薬は毎回1回分ずつをその都度職員に必ず手渡しして下さい。</p> <p>⑦基本的に与薬・塗布・点眼薬等は1日1回のみとします。但し状況に応じてご相談に応じます。</p>
-----	--