

与薬依頼書

すぎのこ幼稚園 認定こども園 園長様

令和 年 月 日
 保護者名 _____ 印
 緊急連絡先 _____

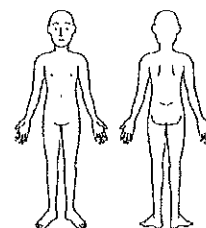
組 _____ 氏名 _____ に対して、保育時間中に必要とされる薬剤情報提供書の薬剤を保護者の代わりに使用することを依頼します。

また、この件に関して、何らかのトラブルが生じた場合には一切の責任を問わないことにします。

(1) 初回のみ記入（投薬期間が5日を超える場合は、新たに与薬依頼書を記入する）

診断名または症状			
病院名		処方医	
薬剤名			
薬剤の剤型	軟膏剤 点眼薬 その他 ()		
薬剤の保管方法	室温・冷蔵庫・その他 ()		
用法(園で)	回数 回・時間 : : : 部位 ()		
用量			
与薬上の注意事項			

塗布箇所には○を付けてください。



(2) 毎日記入

月日	登園前の使用 (○・×)	受領者	投与者	投与時間
月 日	() 時間 :			:
月 日	() 時間 :			:
月 日	() 時間 :			:
月 日	() 時間 :			:
月 日	() 時間 :			:

- ※ 園で塗布・点眼する回数、時間、用量を具体的に記入してください。(数回と記入されている場合は対応できません。)
- また、医師からの処方が一日2回以下の場合、園でのお預かりはできません。
- ※ 与薬期間が5日を超える場合、新たに与薬依頼書を提出して下さい。
- ※ ①与薬依頼書 ②薬剤提供書(コピー可)またはお薬手帳のコピー ③薬剤 を一つの袋にまとめて入れて下さい。
- ※ 薬の袋や容器一つずつに園児氏名を必ず記入して下さい。
- ※ 衛生上の観点より、お子様の肌に合った使い捨ての手袋をお持ちください。
- ※ 園では薬の保管はできません。軟膏剤・点眼薬ともに毎日お返しします。