



園保管薬 与薬依頼書



依頼日 令和 年 月 日

むさしヶ丘保育園 園長様

保護者名

TEL () -

次の児童について、医師と相談の結果、指示により、やむを得ず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、園での児童に対する与薬を下記により行っていただきたく依頼致します。

クラス名・年齢	組（年長・年中・年少・2歳児・1歳児・0歳児）		
園児名	（平成／令和 年 月 日生）		
医療機関 （担当医師名）	TEL () -		
病名			
薬の種別	与薬方法（用法・用量等）		
内服薬① ()	服用時間 食前・食間・食後 分	処方日	月 日
	服用方法 そのまま・水で溶く・()	使用期限	月 日
内服薬② ()	服用時間 食前・食間・食後 分	処方日	月 日
	服用方法 そのまま・水で溶く・()	使用期限	月 日
内服薬③ ()	服用時間 食前・食間・食後 分	処方日	月 日
	服用方法 そのまま・水で溶く・()	使用期限	月 日
塗り薬 ()	回数 回（時間)	処方日	月 日
	患部 ()	使用期限	月 日
点眼薬 ()	回数 回（時間)	処方日	月 日
	患部（右目・左目・両目）	使用期限	月 日
		処方日	月 日
		使用期限	月 日

【注意事項】

- （１）薬局からの薬の説明書を必ず添付し、職員に見せて下さい。コピーをさせていただきます。
- （２）園児名・薬名を記載して1回分の薬を袋に入れ、必ず職員に手渡しをお願いします。
- （３）薬が複数の場合には、それぞれ区別できるように（ ）に薬名を記載して下さい。
- （４）心臓疾患、喘息、アレルギー等で与薬が必要な場合は、医師の診断書の提出が必要となりますので、事前にご相談下さい。

処 理	受 付		与 薬	
--------	--------	--	--------	--