与薬依頼書(保護者記入用)

お子さまへの与薬は、原則として保育園では一切行うことができません。

しかし病気の早期完治のため在園時間内に与薬が必要であり、保護者の方が園に出向けない場合に限り、保育園の担当者が代行します。つきましては、与薬による事故を防止するため、以下の内容を間違いのないよう記入していただき、必ず登園時に職員のチェックを受けて下さい。また次回以降は、保育時間内での与薬が必要とならないよう医療機関へお願いをして下さい。

間違いのないように職員が以下の項目をチェックしますので、一緒に立ち会って確認をしていただき、確認後サインをお願いします。職員のチェックとサインがない場合は、お預かりしたお薬でも与薬はできません。

□薬は1回分のみのお預かりです。一つ一つの袋に名前をフルネームで記入し、病院・薬局で渡され薬袋にまとめてお持ち下さい。シロップの場合は、1回量を容器に入れてお持ち下さい。

□薬剤情報提供書かお薬手帳がある場合は必ずお持ち下さい。

□市販薬・解熱剤・下痢止めはお預かりできません。

□薬と与薬依頼書は、必ず**保護者が職員へ手渡し**して下さい。

□目薬、塗薬、貼薬は、時間・回数・部位の正確な指示が必要となりますので、この用紙の他に医師が記入した与薬指示書も必要です。

□喘息・アレルギーなど長期間与薬が必要な薬は、医師の記入した与薬指示書を提出して下さい。

年　　月　　日

クラス:	園児氏名:	診断名:
保護者氏名:	緊急連絡先	
病院名: TEL:	薬局名: 処方日: 平成　　年　　月　　日	
薬の種類(数量を記載) □粉　　袋　□錠剤　　錠 □シロップ　　本　□目薬　　本 □軟膏　　本　□貼り薬　　枚 □その他(　　) **※目薬・軟膏・貼り薬等は医師の指示書も必要です**	朝(自宅)の内服時間:　　時　　分 園での内服時間　: □昼食前　□昼食後 □午睡前　□午睡後 □その他(　　)	
薬の内容 □風邪薬　□咳止め　□整腸剤　□その他(　　) □抗生物質　□去痰　□消炎剤		
以上の項目を職員・保護者でダブルチェックし、サインを記入して下さい。 月　日(　)　時　分【職員氏名:　　】/【保護者氏名:　　】		

与薬時間:　　時　　分　　与薬者サイン: