与薬依頼書（保護者記入）

双葉こども園　園長殿

医師の指示により,やむを得ず保育時間中における与薬が必要となり,保護者の責任において,園での与薬を行っていただく依頼いたします。

依頼日 令和　　年　　月　　日

組

園児名 ＿＿＿＿＿＿＿＿　保護者名 ＿＿＿＿＿＿＿＿

医療機関名（担当医師名）	（電話　　）	
病　名		
症　状		
薬の種別	与薬方法（用法・用量等）	処方された日
内服薬 ①	時間　食（前・間・後）　分 方法　粉薬　シロップ　その他（　　）	月　日 ～ 月　日
内服薬 ②	時間　食（前・間・後）　分 方法　粉薬　シロップ　その他（　　）	月　日 ～ 月　日
塗り薬	回数　回（時間　　） 患部　（　　）	月　日 ～ 月　日
点眼薬	回数　回（時間　　） 患部　（左目・右目）	月　日 ～ 月　日
点耳薬	回数　回（時間　　） 患部　（左耳・右耳）	月　日 ～ 月　日

【注意事項】

★予約はなるべくご家庭でおこない、やむをえない場合のみ受付をします。

★薬は今回の病気で医師の処方した薬に限ります。市販の薬（点眼薬・塗り薬・座薬）はお預かり
できません

★薬には「与薬依頼書」と「薬の説明書（コピー可）」を添えて提出してください。

★内服薬は、一回分のみお持ちください。

★薬はケースに入れはっきりと園児名を書き、依頼書と共に担任にお渡しください。

★特別な注意や指示がある場合は必ず備考欄にお書きください。

	/	/	/	/	/	/
与薬実施者（園用）						
	/	/	/	/	/	/
与薬実施者（園用）						

処理欄	受付者		園長	