

薬の預かり・与薬依頼書

小規模保育 ひまわりのおうち 園長殿

年 月 日

保護者名 印

生年月日

児童名 _____ 平成 年 月 日生 歳 ヶ月 歳クラス

主治医の指示により、保育時間内での与薬をお願いします。

薬の預かり・与薬内容指示書

疾患名			
園で与薬が必要な理由			
薬品名 薬理作用			
副作用 その他の注意事項			
預かり	抗けいれん剤等	預かり期間	年 月 日 ~ 年 月 日 まで
与薬方法	内服薬	内服回数	回 [食前(分前)・食後・おやつ前(分前)]
		与薬期間	年 月 日 ~ 年 月 日 まで
	外用薬 軟膏・点眼薬など	時間	(昼寝前・その他)
		与薬期間	年 月 日 ~ 年 月 日 まで
保管場所	1. 室内 2. 冷暗所 3. その他()		
平成 年 月 日			
	医療機関名		
	医師名	印	
	電話		

<主治医の先生方へお願い>

保育園では、基本的に与薬は行っておりません。かぜ等の急性疾患の薬以外で、保育中にどうしても与薬が必要な薬に限って、この薬剤情報提供書の記入をお願い致します。

<保護者の方へ>

なお、依頼書の作成については、文書料が必要になります。