与薬依頼書

保育園長　様

下記のとおり、保育園での与薬をお願いします。　　＊太線枠内をすべてご記入ください。

依頼日	年　月　日		男・女	
保育園	園児名	ふりがな		年　月　日生
				歳児クラス
保護者名　　印　　連絡先電話				
診断・処方を受けた医療機関名	医療機関名 電話番号 医師名			
病名または症状	□熱性けいれん　□アトピー性皮膚炎・慢性湿疹 □けいれん疾患　□慢性疾患（心臓病など：　） □緊急を要する疾患（　） □その他（　）			
薬の名前	□ダイアップ（4mg・6mg・10 mg） □その他（　）			
薬の種類	□座薬　□軟膏　□緊急対応薬　□内服薬（散剤・水薬・錠剤） □その他（　）			
薬のはたらき（効能・効果）	□抗けいれん薬　□かゆみ止め　□強心薬　□抗不整脈　□利尿薬 □抗アレルギー薬　□その他（　）			
保管方法	□室温　□冷所　□暗所　□その他（　）			
使用期間	年　月　日～　年　月　日まで（最長１年まで）			
薬の使用方法と注意事項	（いつ、何時、どんなとき、など具体的に記入してください）			
その他				

受付日	年　月　日　受付者
与薬開始日	年　月　日
園長確認	

ご承諾いただく事項

① 「与薬について」を読み、内容について同意しました。
② 与薬依頼書を記入するにあたり、主治医に相談しました。
③ 必要に応じて主治医の診断書を提出します。

年　月　日　保護者署名