与薬依頼書

保育園　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	年　月　日生
国立保育園		園児名	ふりがな		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（最長年度末まで）※次年度更新は再提出				
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

薬剤情報添付　　（のりづけ） （お薬手帳の写しなど）

※　与薬依頼書と薬剤情報にある医師の指示が異なりますと、安全管理上、園では薬の提供が難しい場合があります。保護者様に、再度受診をしていただき、医師にご確認をお願いする場合もありますのでご理解ご了承の程よろしくお願いいたします。

＜保育園で記入＞

実施日	実施者サイン	実施日	実施者サイン	実施日	実施者サイン	実施日	実施者サイン
／		／		／		／	
／		／		／		／	
／		／		／		／	
／		／		／		／	
／		／		／		／	
／		／		／		／	
／		／		／		／	
／		／		／		／	
／		／		／		／	
／		／		／		／	