

与薬依頼書 (保護者記載用)

20 年 月 日

メモリー保育園 園長殿

保護者名 _____ (印)

児童名 _____ 男・女 (組)

連絡先(電話) _____

1. 主治医 : (_____ 病院・医院) 連絡先(電話) _____
--

2. 病名 :

3. 持参した薬
1) 名称 :
2) 使用目的 :
3) 剤型 : 粉 ・ シロップ ・ 外用薬 ・ その他 (_____)
4) 保管方法 : 室温 ・ 冷蔵庫 ・ その他 (_____)
5) 与薬時刻 : 昼食 前 ・ 後 時間薬 _____ 時
6) 服用方法 :
注)園においては食品に混ぜたり服薬用ゼリー等を用いたりはできません。
記入上のご注意: 飲み薬は必ず1回分ずつに分けて、その日の分を与薬依頼書とともにお預けください。 飲み薬と塗り薬がある場合は、2枚ご提出ください。 使用日、保護者サインは毎日のご記入をお願いします。 外用薬および依頼書は1週間を限度とし、毎週末に園で回収します。

4. その他注意事項

今回処方された薬以外で服用している薬

ない・ある (薬品名 _____) (回/1日) 最終服用時間 時 分

使用日	/	/	/	/	/
保護者印					
受領・保管印					
与薬時刻	:	:	:	:	:
投(与)薬者 サイン					

主治医様

⑧-6.2

日頃、児童の健康管理にご協力賜りありがとうございます。

さて、メモリー保育園では、原則として与薬の代行は行っておりませんが、時間与薬の必要な薬剤、食事関連性の強い薬剤、熱性痙攣の予防薬、食物アレルギーの症状発現時の頓用薬など、医師が必要と認めたものに限って与薬することとしています。

つきましては、今般、保護者より与薬依頼書が提出されておりますので、先生のご意見をいただきたく、以下の意見書に必要事項をご記入願います。

なお、抗生物質を含めて急性疾患に対する与薬は認めておりませんのでご承知おき下さいますようお願いいたします。

メモリー保育園

-----切り取り線-----

与薬に関する主治医意見書

20 年 月 日

児童名 _____ 男・女

20 年 月 日生

医療機関名 _____

主治医名 _____

⑩

1. 病名 :
2. 薬品名 :
3. 使用する理由及び使用方法 1) 理由 : _____ 2) 使用方法 : _____ 3) 投与期間 : 20 年 月 日 ~ 20 年 月 日
4. その他 :