

与薬依頼書

20 年 月 日

Kids Room ひよこ園長 様

下記児童について医師の診察を受けたところ保護者記入欄の内容のとおり指示がありました。つきましては、「与薬についての注意・約束事項」を厳守いたしますので、園での与薬を依頼いたします。

＜与薬についての注意・約束事項＞

- 1) 本与薬依頼書の記入は必ず依頼者(保護者)が行って下さい。
- 2) 医師が処方した薬である事。(座薬・解熱剤等、市販のお薬は投与できません。)
- 3) 薬は袋または容器に1回分ずつ(シロップの場合は、1回量を容器に入れてお持ち下さい)に分けて児童名を記入し、与薬依頼書と共にスタッフに手渡しして下さい。
- 4) 必要な場合、主治医等関係者に必要な事項を連絡・照会する事があります。
- 5) 与薬に伴い生じた、一切の責任は当園では負わない事とし、与薬に関わった者への責任は問いません。
- 6) 「薬剤情報提供書」の添付があれば、下記記入欄の「※7)」部への記入は必要ありません。
- 7) 電話による依頼、および与薬依頼書に不備のある場合は与薬できません。

＜保護者記入欄＞

児童氏名			
依頼者(保護者)名			
緊急連絡先	<input type="checkbox"/> 「入園申込書」通り <input type="checkbox"/> その他()		
病名(または症状)			
医療機関 ※7)	病院名:	診療科:	
	主治医:	Tel: ()	
薬処方日 ※7)	20 年 月 日		
与薬回数・時間 ※7)	1日 回 <input type="checkbox"/> 食前 <input type="checkbox"/> 食後 <input type="checkbox"/> その他()		
薬の保管 ※7)	<input type="checkbox"/> 常温 <input type="checkbox"/> 冷蔵庫 <input type="checkbox"/> その他()		
薬の種類・数量 (1回分)	粉 薬	()種類	()包
	錠 剤	()種類	()錠
	シロップ	()種類	
	軟 膏	()種類	部位() ()回
	点 眼	()種類	左 右 両目 ()回
	その他		
薬の内容 ※7)	抗生物質 咳止め 鼻水止め 気管支抗生剤 下痢止め 痰切り その他()		

----- 切り取り線 -----

＜園記入欄＞

※与薬依頼書通り、下記内容にて与薬しました。

受薬者名	与薬時間	与薬者名	その他
	:		
	:		
	:		