

保護者各位

与薬依頼書

保育園では原則として、**お薬の投与は行っておりません。**

医療機関を受診される際は、保育園に通っていること、保育園では原則として投薬を行っていないこと、保育時間帯などを医師に伝え、朝・夜の2回や保育時間帯を避けて服用できる方法・お薬を処方して頂くようにしてください。保育園での投与は、場合により看護師ではなく保育士が行うことがあります。どうしても保育時間中の服用がある場合は、医師に依頼書を見せ確認の元、薬の説明書と共に1回分をご持参ください。(薬袋1つ1つに記名してください。)

※保育の都合により、依頼に添えないことがあります。ご了承下さい。

医師の診断を受けたところ、下記の通り指示がありましたので、つばみ保育園での投薬をお願いします。

令和 年 月 日

保護者名：	㊦ 園児名：
病名・症状：	受診日： 月 日
病院名：	主治医：
与薬種類： シロップ ・ 粉薬 ・ 塗薬 点眼 ・ 他()	計 種類 個
保管方法： 冷所 ・ 常温 ・ 他()	
与薬時間： 食前 ・ 食後 ・ 他()	
処方期間： 月 日 (朝 ・ 昼 ・ 夜) から 月 日 (朝 ・ 昼 ・ 夜) まで	

※保育園での過ごし方・与薬方法で指導されていることがあればご記入ください。

--

月日	家庭での与薬状況			保育園	
	朝 投薬時間	夜 投薬時間	健康状況他	与薬者名	与薬時間
/	:	:			:
/	:	:			:
/	:	:			:
/	:	:			:
/	:	:			:
/	:	:			:
/	:	:			:

1週間を過ぎました。健康状態を確認し再度医師の指示を受けてはいかがでしょうか。

/	:	:			:
/	:	:			:
/	:	:			:
/	:	:			:
/	:	:			:
/	:	:			:
/	:	:			:

※投薬期間が終了しましたらこの依頼書は園で保管いたします。