与薬依頼書

すこやか錦糸保育園園長宛

下記の園児は、医師との相談の結果、やむを得ず、保育園での保育時間中における与薬が必要となりました。つきましては、保育園での園児に対する与薬を右の与薬指示書の通り、行っていただきたくお願いいたします。

クラス	
園児名	

依頼日	令和　　年　　月　　日
保護者名	印

＊事前に医師と相談し、保育園での与薬がどうしても必要と指示があった場合に限って依頼するようにしてください。（処方を受ける際には保育園に通園していることを伝え、可能な限り家庭での与薬となるよう相談してください。）
＊この与薬依頼書・指示書に加え、薬の説明書を添えて直接職員に渡ししてください。
＊飲み薬は１回分ずつ分けて、それぞれに名前を書いてください。
＊看護師不在の場合、与薬は行いません。

与薬指示書

すこやか錦糸保育園園長宛

下記の園児について、保育園に登園する際には、保護者に代わり与薬をお願いいたします。

児童名		
病状又は症状		
薬について	内服薬	服用時間 昼食（前・後）、おやつ（前・後） その他（　　）
	点眼薬	回数（　　）回、患部（右目・左目・両目） 点眼時間 お昼寝（前・後）、その他（　　）
	その他	
与薬期間	令和　　年　　月　　日　～　令和　　年　　月　　日	
注意事項		

指示日	令和　　年　　月　　日
医療機関名 医師名	