

# 与薬依頼書

すみれ保育園園長殿

令和 年 月 日

医師の診察を受けたところ、下記の通り指示がありましたので本日保護者の代わりに保育園に与薬を依頼します。

児童名(組)			
病院名		病名	
主治医		備考	
	医師		

## 連絡事項

服用期間	月 日 ( ) ~ 月 日 ( ) まで					
薬の内容	かぜ薬 咳止め 中耳炎 整腸剤 抗生剤 その他 ( )					
薬の剤型	粉薬 シロップ 外用薬 その他 ( )					
与薬時間	食前(原則お断りしています) 食後 その他 ( )					
外用薬の使用方法						
その他の注意事項(特記事項)						
確認日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
受領確認(担任名)						
与薬者氏名						

## 注意事項

※与薬はなるべく家庭で行い、どうしても与薬のできない場合のみ受付します。

(自宅にいる間に服用できるよう主治医と相談して下さい。)

※薬はカバンから出して担任保育士に直接手渡しして下さい。

※薬の袋、容器には必ず名前を書いてください。

※この用紙は与薬期間(最高6日間)使用します。

※この用紙は使用后、園で保管しますので必ず園に提出してください。

保護者の皆さまにお手数おかけしていますが、ご協力よろしくお願ひします。