与薬依頼書(保護者記入用)

お子さまへの与薬は、原則として一切行うことができません。
しかし、病気の早期完治の為、在園時間内に与薬が必要であり、保護者の方が園に出向けない場合に限り、保育園の担当者が代行します。つきましては、与薬による事故を防止するため、以下の内容を間違いのないよう記入していただき、必ず登園時に職員のチェックを受けて下さい。また、次回以降は、保育時間内での与薬が必要とならないよう、医療機関へお願いして下さい。
間違いのないように職員が以下の項目をチェックしますので、一緒に立ち会って確認していただき、確認後サインをお願いします。職員のチェックとサインがない場合は、お預かりした薬でも与薬はできません。

☐薬は 1 回分のみのお預かりです。一つひとつの薬に日付、名前をフルネームで記入し、病院・薬局で渡された薬袋に入れてお持ち下さい(服用時間も一緒に記入していただけると大変助かります)。シロップの場合は、1 回量を容器に入れてお持ち下さい。
☐薬の説明書かお薬手帳をお持ち下さい。
☐市販薬・解熱剤・下痢止めはお預かりできません。(解熱剤を飲んだり、座薬を入れての登園は控えて下さい。)
☐薬袋と与薬依頼書は、必ず**保護者が職員へ手渡し**して下さい。
☐目薬、軟膏は、時間・回数・部位を正確に伝え、しっかり記入して下さい。
☐喘息・アレルギーなど長期間与薬が必要な薬は医師の記入した与薬指示書を提出して下さい。

ごとうまち保育園　園長殿
下記の通り与薬を依頼します。与薬の責任は保護者と致します。　　令和　　年　　月　　日

クラス:	園児氏名: 今朝の体温 (　　℃)	診断名(症状):
保護者氏名:		緊急連絡先:
病院名:		薬局名: 処方日:　令和　　年　　月　　日
薬の種類(数量を記載) ☐粉　　袋 ☐シロップ　　本 ☐目薬　　本 ☐軟膏 本 ☐その他(　　) **※薬の説明書が必ず必要です**		朝(自宅)の内服時間:　　時　　分 園での内服時間　:☐昼食前　☐昼食後 ☐午睡前　☐午睡後 ☐その他(　　)
薬の内容 ☐風邪薬　☐咳止め　☐整腸剤　☐抗生物質 ☐その他(　　)		
以上の項目を職員・保護者でダブルチェックし、サインを記入して下さい。 令和　　年　　月　　日　【職員氏名:　　】 【保護者氏名:　　】		

与薬時間:　　時　　分　与薬者:　　確認者: