与 薬 依 頼 書

依頼日 ： 令和　　年　　月　　日

第一幼稚園・クロワッサン保育園
園長　様

保護者名　　印

次の園児については、医師との相談の結果、指示により、やむを得ず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、保護者の責任において、園での園児に対する与薬を下記により行っていただきたく依頼いたします。

（医師記入欄）

医療機関名	TEL　　（　　）	担当 医師名	印
（フリガナ） 園児名			
病名			
薬の種別	与薬方法（ 用法 ・ 用量等 ）		与 薬 日
内服薬 ： 1 （薬名）	服用時間　食前 ・ 食間 ・ 食後　分 服用方法　そのまま ・ 水で溶く ・（　　） 備　考　（　　）		月　日 ～ 月　日
内服薬 ： 2 （薬名）	服用時間　食前 ・ 食間 ・ 食後　分 服用方法　そのまま ・ 水で溶く ・（　　） 備　考　（　　）		月　日 ～ 月　日
： 3 （薬名）	服用時間　食前 ・ 食間 ・ 食後　分 服用方法　そのまま ・ 水で溶く ・（　　） 備　考　（　　）		月　日 ～ 月　日

（注意事項）

園では原則的に与薬は行いません。ただし、医師の指示により、やむを得ず昼食時においても服用しなければならない場合、以下の五項目を確認していただき、それぞれの□にレ点を入れ、この書類を担任に手渡しでご提出ください。

□（1） 薬は、必ず日付けと園児名を記載した容器や袋に入れてください。

□（2） 薬の説明書がある場合には、コピーをつけてください。

□（3） 薬などが複数の場合には、それぞれ内服薬1．2．など、区別ができるように記載してください。

□（4） 提出前に担任に相談し与薬が可能か確認を取った上で保護者から手渡しで提出してください。

□（5） 内容によっては、医師の診断書の提出をお願いすることがございます。ご了承ください。

学校法人 第一学園