

# 与薬依頼書（園用）

依頼日 20 年 月 日（ ）

園長 殿

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投薬が必要になりました。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投薬を下記により行っていただきたく依頼します。

クラス	クラス	性別	男 ・ 女
園児名		生年月日	20 年 月 日
保護者名		緊急連絡先	
医療機関名			
病名 (又は症状)			

(該当事項を○で囲んで下さい。)

薬の種別	投薬方法（用法・用量等）			
飲み薬 (処方日) 月 日	服用時間	食（前・間・後）	分	錠 型
	服用方法	そのまま ・ 水で溶く ・ その他（ ）		
	薬の内容	抗生物質 ・ 咳止め ・ 整腸剤 ・ その他（ ）		
塗り薬・貼り薬 (処方日) 月 日	回数	回（時間 ）		
	患部			
点眼薬 (処方日) 月 日	回数	回（時間 ）		
	患部	左目 ・ 右目 ・ 両目		
頓用薬	抗けいれん剤 ・ 抗アレルギー薬（エピペン含む）			
	その他（ ）			
	1回量（ ）個・（ ）包・（ ）枚・その他（ ）			
	熱の上昇時（ ）℃以上で使用。 その他（ ）			
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 上記の緊急連絡先は、必ず連絡が繋がる電話番号を記載してください。</li> <li>・ 緊急時、園の判断で投与することもあります。</li> </ul>			
注意事項	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 薬は1回分を持たせてください。（塗り薬、点眼薬は除く）</li> <li>・ 薬の容器や袋には、必ずクラス名・園児名をお書きください。</li> <li>・ 薬を持たせる場合は、この用紙を忘れずに持たせてください。</li> </ul>			

投薬日を記載してください（月～土の最大1週間）

月 日(月)	月 日(火)	月 日(水)	月 日(木)	月 日(金)	月 日(土)
時 分 印	時 分 印	時 分 印	時 分 印	時 分 印	時 分 印
時 分 印	時 分 印	時 分 印	時 分 印	時 分 印	時 分 印
時 分 印	時 分 印	時 分 印	時 分 印	時 分 印	時 分 印

※太枠内：園記載