

与薬依頼書

要手渡し書類

OLive保育園 園長 様

次の児童については、医師と相談の結果、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保育園での園児に対する与薬を行って頂きたく依頼いたします。

与薬依頼日 20 年 月 日 (継続与薬の場合： 日, 日, 日)

保護者氏名 _____ 印 ※自署の場合は押印不要

- 必要項目をご記入の上、該当項を○で囲み、保護者の押印をお願いします。

園児氏名				
受診した医療機関名			受診日	月 日
病名・症状	セキ・鼻水・痰・下痢・嘔吐 その他 ()			
内服の場合直近の与薬日時	月 日	時 分頃	最低4時間はあけて薬を飲ませます。	
与薬方法・種類	内服・塗布・貼り・点眼・点鼻・点耳 その他 ()			
与薬時間	食前・食後・その他 (時 分頃)			

※ 処方箋を添付 (無い場合は受付不可)

- 座薬、解熱剤、鎮痛剤、市販薬は原則としてお預かりできません。
- 当日1回分の薬を入れた容器や袋には必ず園児名を記載して下さい。該当しない袋や古いものはお受けしません。
- この依頼書は、与薬をする日ごとに薬と一緒に必ず職員に手渡ししてください。

※カバンの中は受付不可

<園の記録>

月日	/
時間	:
受付	

月日	/	/	/	/
時間	:	:	:	:
与薬				

園長	主任

与薬依頼書

要手渡し書類

OLive保育園 園長 様

次の児童については、医師と相談の結果、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保育園での園児に対する与薬を行って頂きたく依頼いたします。

与薬依頼日 20 年 月 日 (継続与薬の場合： 日, 日, 日)

保護者氏名 _____ 印 ※自署の場合は押印不要

- 必要項目をご記入の上、該当項を○で囲み、保護者の押印をお願いします。

園児氏名				
受診した医療機関名			受診日	月 日
病名・症状	セキ・鼻水・痰・下痢・嘔吐 その他 ()			
内服の場合直近の与薬日時	月 日	時 分頃	最低4時間はあけて薬を飲ませます。	
与薬方法・種類	内服・塗布・貼り・点眼・点鼻・点耳 その他 ()			
与薬時間	食前・食後・その他 (時 分頃)			

※ 処方箋を添付 (無い場合は受付不可)

- 座薬、解熱剤、鎮痛剤、市販薬は原則としてお預かりできません。
- 当日1回分の薬を入れた容器や袋には必ず園児名を記載して下さい。該当しない袋や古いものはお受けしません。
- この依頼書は、与薬をする日ごとに薬と一緒に必ず職員に手渡ししてください。

※カバンの中は受付不可

<園の記録>

月日	/
時間	:
受付	

月日	/	/	/	/
時間	:	:	:	:
与薬				

園長	主任