与薬依頼書(長期)

かみよこばスマイル保育園

クラス　　園児名

医師の指示がありましたので与薬の依頼をお願いします。

●保護者名

●依頼日　令和　　年　　月　　日(　)　　●処方日　令和　　年　　月　　日～令和　　年　　月　　日

●病院名　(　　)　　●病名　(　　)

●薬の内容

薬の種類	与薬方法
内服薬	服用時間:　食(　前　・　後　) 服用方法:　そのまま・水で溶く・その他(　　)
塗り薬	薬名: 患部:
眼薬	患部:　(　左目　・　右目　・　両目　)

日　付	保護者印	与薬者印	備　　考	日　付	保護者印	与薬者印	備　　考
月　日 (　)				月　日 (　)			

【注意事項】 **必ずお読みください。**

※主治医より、やむを得ず保育時間内で与薬(内服・外用)が必要な場合のみ、お薬をお預かりしています。
　診察を受ける際、保育園に通っていることを伝え、内服薬は朝夕2回に、外用薬は園での与薬をせずに家庭のみで可能か相談してください。

※保護者の方がお休みのときは、お預かりできません。

※医師の指示により今回の病気で処方されたものに限ります。必ず処方箋を添えてください。再受診後は、最新の処方箋へ切り替えてください。

※粉薬・水薬は1回分に小分けし、袋・容器にフルネームを記入してください。目薬や塗り薬にも、袋と容器にフルネームを記入してください。
　記名がない場合は、与薬できません。

※塗り薬は、ビニール手袋を持参してください。忘れた場合は、塗れません。

※塗り薬は、朝夕ご家庭で塗布した場合のみお薬をお預かりします。忘れずに塗布してください。

※処方されたお薬について不明な点がある際は薬局に問い合わせする場合があります。

※月初めに与薬依頼書は新しい用紙へ変更となります。継続が必要な方は、事務室まで取りに来てください。与薬最終日に、この用紙は回収しませんので、確認したらご家庭で破棄してください。