

与薬依頼書(保護者記入)

社会福祉法人ナオミの会 ほうやちよう保育園 園長 殿

保護者に代わり保育園での与薬をお願いします。

()組

園児名

(年 月 日生)

保護者名

㊞

記入日

年 月 日

※誤投与防止のため、お薬には必ず氏名を書いてお持ちください。経口薬は一回分ずつお預かりします。軟膏が複数ある時は、それぞれに氏名の記入をお願いします。抗アレルギー薬やけいれんの発作予防坐薬などの頓用薬は、使用前に必ず保護者へ連絡し確認後に投与します(緊急性がある薬、エピペンなどは除く)。頓用薬の使用後は降園し、かかりつけ医を受診などご家庭で様子を見ていただきますようお願いいたします。

薬剤情報書(主治医記入)

保育園での与薬は、医師が保育中の投与が必要と判断し指示処方された薬のみとなります。

上記園児の薬剤情報は、以下のとおりです。

病名	熱性痙攣 気管支喘息 その他の慢性疾患(病名)	その他の痙攣疾患(病名) アレルギー性疾患(病名))
薬理作用	抗痙攣剤 強心剤 その他の作用(気管支拡張剤 抗不整脈剤) 抗アレルギー剤 利尿剤
薬品名		
種類、量 方法など	散剤 1回()包 錠剤 1回()錠 軟膏類(部位、使用方法など	水薬 1回()目盛 坐薬 1回(本、 mg) ダイアップ坐薬:()℃以上で挿入) エピペン()
与薬時間	昼食前 昼食後 その他の時間()
指示期間	年 月 日 ~ 年 月 日まで (最長 1年間)	
特記事項 注意点など		
年 月 日		
医療機関名		
住所		
電話		
医師名		
㊞		