

投(与)薬依頼書(保護者記載用)

年 月 日

_____ 保育園園長

保護者名 _____ 印 _____

園児名 _____ 男・女(歳 ヶ月)

連絡先(電話) _____

1. 主治医 : _____ (_____ 病院・医院) 連絡先(電話) : _____					
2. 病名 :					
3. 持参した薬 1) 名称 : _____ 2) 使用目的 : _____ 3) 剤 型 : 粉 ・ シロップ ・ 外用薬 ・ その他(_____) 4) 保 管 : 室 温 ・ 冷 蔵 庫 ・ その他(_____) 5) 与薬時刻 : <u>昼食前</u> ・ <u>後</u> <u>夕食前</u> ・ <u>後</u> <u>時間薬</u> <u>時</u> 6) 服用方法 : _____ 注)園においては食品に混ぜたり服薬用ゼリー等を用いたりはできません。 _____ _____					
4. その他注意事項 : _____ _____					
使用日	/	/	/	/	/
受領・保管者 サイン					
与薬時刻					
投(与)薬者 サイン					

注)使用日以下は保育園で記入

主治医様

日頃、園児の健康管理にご協力賜りありがとうございます。

さて、社会福祉法人山百合会では、原則として与薬の代行は行っておりませんが、時間与薬の必要な薬剤、食事関連性の強い薬剤など、やむを得ないものに限って与薬することとしています。

つきましては、今般、保護者より与薬依頼書が提出されておりますので、先生のご意見をいただきたく、以下の意見書に必要事項をご記入願います。

なお、抗菌剤を含めて感冒に対する与薬は認めておりませんのでご承知おき下さいますようお願いいたします。

社会福祉法人 山百合会
理事長 小田 法子

.....切り取り線.....

与薬に関する主治医意見書

平成 年 月 日

園児名 _____ 男・女
平成 年 月 日生

医療機関名

主治医名 _____

1. 病名 :
2. 薬品名 :
3. 使用する理由及び使用方法 1) 理由 : 2) 使用方法 : 3) 投与期間 : 年 月 日 ~ 年 月 日
4. その他 :