

与 薬 依 頼 書

おおつき保育所長 様

医師の指示により、やむを得ず保育時間中における与薬が必要となり
保護者の責任において、保育所での園児に対する与薬を行っていただき
たく依頼致します。

依頼日 令和 年 月 日

組 園児名 _____ 保護者名 _____ ㊞

医療機関名 (担当医師名)						(電話 _____)		
病名								
薬の種別	与 薬 方 法 (用法・用量等)				処方された日 処方期間			
内服薬 ①	時間	食 (前 ・ 間 ・ 後)	分		月	日		
	方法	そのまま	水で溶く	その他	日間			
内服薬 ②	時間	食 (前 ・ 間 ・ 後)	分		月	日		
	方法	そのまま	水で溶く	その他	日間			
塗り薬	回 数	回 (時間)			月	日		
	患 部					日間		
点眼薬	回 数	回 (時間)			月	日		
	患 部					日間		
備考								
※保育所記載	受 付 者	与 薬 者	投 与 日 時		実施状況など		施設長確認印	
			月	日	時	分		異常なし・その他(_____)
			月	日	時	分		異常なし・その他(_____)
			月	日	時	分		異常なし・その他(_____)
			月	日	時	分		異常なし・その他(_____)

[注意事項] 薬の容器や袋には必ずクラス名と園児名を記載するとともに
内服薬などが複数の場合にはそれぞれ①②を記入してください。
又、薬剤情報提供書も提出してください。(原本はコピーしてお返します。)