

黒田庄こども園

与薬依頼書（保護者記入用）

お子さまへの与薬は、原則としてこども園では行うことができません。

しかし、病気の早期完治のため在園時間内に与薬が必要であり、保護者の方が園に出向けない場合に限り、園長の許可のもと、こども園の担当者が代行します。つきましては、以下の項目を遵守できる方のみお引き受けいたします。また、次回以降は、保育時間内での与薬が必要とならないよう医療機関へお願いをしてください。

【注意事項】

- * 与薬できるくすりは、**現在処方されている医師の処方薬に限り**ます。市販の薬・座薬・解熱剤はお預かりできません。
- * くすり、与薬依頼書は園児に持たせず、必ず保護者から保育教諭に手渡ししてください。

年 月 日

クラス：	園児氏名：	診断名：
保護者氏名：	緊急連絡先：	
病院名：	薬局名：	
TEL：	処方日：令和 年 月 日	
薬の種類（数量を記載） <input type="checkbox"/> 粉 袋 <input type="checkbox"/> 錠剤 錠 <input type="checkbox"/> シロップ 本 <input type="checkbox"/> 目薬 本 <input type="checkbox"/> 軟膏 本 <input type="checkbox"/> 貼り薬 枚 <input type="checkbox"/> その他（ ） ※目薬・軟膏・貼り薬等は医師の指示書も必要です	朝（自宅）の内服時間 時 分 園での内服時間： <input type="checkbox"/> 昼食前 <input type="checkbox"/> 昼食後 <input type="checkbox"/> 午睡前 <input type="checkbox"/> 午睡後 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
薬の内容 <input type="checkbox"/> 風邪薬 <input type="checkbox"/> 咳止め <input type="checkbox"/> 整腸剤 <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> 抗生物質 <input type="checkbox"/> 去痰 <input type="checkbox"/> 消炎剤		
以上の項目を職員・保護者でダブルチェックし、サインを記入してください。		
月 日（ ） 時 分【職員氏名： 】 / 【保護者氏名： 】		

与薬時間： 時 分	与薬者サイン：
-----------	---------