

与薬依頼書

月 日() 園児名 _____

保護者サイン _____

病

時 間

1 回分の

薬の種類

薬の効能

飲ませ方

与薬者のサイン

確認者のサイン

1

2

処方箋医(病院名) _____

医師名 _____

与薬報告書

月 日() 園児名 _____

	時間	与薬者サイン	確認者サイン
1			
2			

与薬依頼書

月 日() 園児名 _____

保護者サイン _____

病

時 間

1 回分の

薬の種類

薬の効能

飲ませ方

与薬者のサイン

確認者のサイン

1

2

処方箋医(病院名) _____

医師名 _____

与薬報告書

月 日() 園児名 _____

	時間	与薬者サイン	確認者サイン
1			
2			

与薬依頼について

当園では、お子さまの体調が悪い場合、ご家庭で過ごされることが望ましいと考えておりますが、状況に応じてはお子さまをお預かりし、与薬もします。より確実に安全に、お子さまに与薬を行うために、以下のことにご協力ください。

- ①与薬依頼書に必要事項をご記入ください。
- ②名前と与薬する時間を記入し、薬と与薬依頼書と処方箋を当園指定の薬袋に入れてください。
- ③薬は一回分をご持参ください。シロップの場合も小さな容器に一回分を移してからお持ちください。
(点眼薬・点耳薬を除く)
- ④薬を渡す時は必ず職員に手渡ししてください。
- ⑤与薬後は、「与薬報告書」とともに、飲み終えた薬の袋や容器も確認のためそのままお返ししています。
- ⑥与薬依頼書はコピーをしてお使いください。

与薬依頼書の記入例

与薬依頼書

月 日() 園児名 _____

保護者サイン _____

病

時 間

1 回分の

薬の種類

薬の効能

飲ませ方

与薬者のサイン

確認者のサイン

1

かぜ

昼食後

粉 1

咳止め

水に溶いて

2

結膜炎

午睡前・

午睡後

点眼薬 2

炎症を抑える

左目のみ、5分あけて

処方箋医(病院名) _____

医師名 _____

与薬報告書

月 日() 園児名 _____

	時間	与薬者サイン	確認者サイン
1			
2			