与薬依頼書

坂之上第２保育園

園長　山之内　健郎　殿

次の園児については、医師との相談の結果、やむを得ず保育時間中における薬の内服が必要となりました。つきましては、保護者の責任において園児に対する与薬を依頼致します。なお、与薬による事故等が生じた場合の保育園に対する苦情や責任は求めません。

令和　　年　　月　　日

保護者氏名　　印

緊急連絡先

組	園児氏名 （　　歳　　ヶ月）
病名（症状）	
医療機関名	電話番号：　　担当医師：
①　持参した薬は　　令和　　年　　月　　日に処方された　　日分の本日分	
②　薬の保管は　　室温　・　冷蔵庫　・　その他（　　）	
③　薬の剤型は　　粉状　・　液（シロップ）・　その他（　　）	
④　薬の内容は　　抗生物質・咳止め・下痢止め・風邪薬・その他（　　）	
⑤　服用する時間は　　昼食前　・　昼食後　・　その他（　　）	

《注意事項》

お薬は１回分ずつお預かりしています。薬の入っている容器や袋にもクラスと園児名を記入するようお願いいたします。薬の処方時に出される薬剤情報提供書（または薬手帳など薬の種類がわかるもの）の提出をお願いします。なお、返却は降園時となりますのでご了承ください。

受領者：　　与薬者：　　与薬時間：

（薬剤情報提供書・薬手帳・他）　　与薬確認者：