

与薬申込書

私、貴保育園において保育時間内に子どもに与薬をしていただきたいので申し込みます。
つきましては、保護者の責任のもと、下記の通りに与薬をお願い致します。

申込先 : チューリップこどものいえ 園長 殿 申込日 : 20 年 月 日

園児名	
生年月日	
保護者氏名	
※連絡先(TEL)	

※いつでも**確実に連絡できる場所**、連絡方法を記載して下さい。

与薬内容	
病名	
薬の名称	
薬の作用	抗けいれん薬・その他(
種類や量	散薬(分薬) 1回分をお持ちください。 昼食前・昼食後 水薬(シロップ) 1回分をお持ちください。 昼食前・昼食後
与薬時間	坐薬 1回に 錠 発熱時(°C)で 塗り薬・点眼薬 1日 回 朝・昼・夕
期間	20 年 月 日 ~ 20 年 月 日 最長6ヶ月 ※座薬は最長1年
処方日	20 年 月 日 に処方されました
処方医師	医師 医院・病院
特記事項	

<与薬にあたっての約束事項>

- ・この与薬申込書は、必ず保護者が記載して下さい。
- ・事前に医師と相談し、保育時間内の与薬がどうしても必要になった場合に限り申し込んで下さい。
(処方の際、保育園に通園していることを伝え、可能な限り家庭での与薬となるように相談して下さい。
- ・与薬は医師が処方した薬に限ります。(市販薬不可)。薬剤情報提供書を添えて提出して下さい。
また、家庭で1回以上服用させて、副作用などの問題がないことを確認してから持参して下さい。
- ・薬は1回に分けて、お子さんの名前、薬品名、日付、与薬時間を記載し、1日分のみ持参して下さい。
- ・この与薬申込書、及び必要があれば医師の診断書を添付していただきます。