

与 薬 依 頼 書

※登園時、直接職員に「お薬」と「薬剤情報提供文書コピー」と一緒に提出して下さい。

園児名		与薬依頼書 受取職員名	
病名		与薬した 職員名	裏面に記入
記入日 (与薬する日)	令和 年 月 日		
医療機関名			
与薬期間	☐ 持参した薬は、令和 年 月 日に処方されたうちの本日分です。 ☐ 持参した薬は、令和 年 月 日に処方されたうちの 日分です。		
薬の種類	薬品名：		

与 薬 方 法

内服薬	与薬時間： 食(前・中・後) その他(午前 ・ 午後 時頃)
ぬり薬	患部： ◆午前 ・ 午後 に 回 塗布 ◆午睡の 前 ・ 後 に塗布
点眼薬	患部： 右 目 ・ 左 目 ・ 両 目 ◆午前 ・ 午後 に 回 滴 ◆午睡の 前 ・ 後 に 滴
備考	

この与薬依頼書によって与薬した結果についての責任は、保育園側にあることを承認します。

保護者氏名

留意点	1. 与薬は基本的には家庭で行ってください。やむを得ない場合のみ受け付けます。 2. 薬はバックから出して職員へ直接手渡してください。手渡してない場合は、与薬ができないことがありますのでご承知ください。 3. 薬剤情報提供文書のコピーもご提出ください。なお、原本があれば保育園でもコピーは可能です。 4. 薬の袋または容器には必ず名前をはっきり書いて下さい。 5. 与薬の回数(量)は必ず<u>1回分</u>でお願いします。水薬は1回分を容器に移してご持参ください。 ※水薬(シロップ)の分量を職員が測ることはできませんので、計量していない場合はお預かりしても与薬できません。 6. 塗り薬の混合剤は処方されてから4週間経過したものはお預かり出来かねます。新しく処方されたものをお持ちください。 7. 基本的に与薬・塗布・点眼薬等は1回のみとします。但し、状況に応じてご相談に応じます。 8. 解熱剤・嘔吐止め・下痢止め等はお預かりすることが出来かねます。 9. お薬の種類(例：ステロイド等)によっては、お預かりを断る場合がございます。 10. 同じお薬が続いた場合でも、依頼書の有効期限は最長1か月となります。1か月ごとに提出お願いします。 11. お薬は毎日持ち帰りです。塗り薬等の外用薬の場合も同様です。なお、お薬の使用期限や状態の変化(成分の劣化)等をご家庭でご確認ください。
-----	---

この与薬依頼書使用後は園側で回収し、保管するものとします。

BunBun保育園

与 薬 管 理 表

No.	与薬日	お薬受取者	与薬時間	与薬者 二者確認	備考
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					

※ お薬は毎日返却すること。

※ 与薬依頼書が1 か月を過ぎる場合は記入をお願いすること。