

薬の依頼書(外用薬用)

慈母学園 園長 殿

医師の診断を受けたところ、下記の通り指示がありましたので、与薬を依頼し、与薬の責任は保護者と致します。

依頼日	令和 年 月 日	受領者印	
園児名		クラス	組
保護者名 及び連絡先	印 TEL		
病名(症状)			
与薬時間	家庭での最終与薬時間： 時 分 園での与薬時間： 食前 ・ 食後 ・ そのほか(時)		
薬の効果	虫刺され ・ かゆみ止め ・ アトピー ・ けいれん止め 結膜炎 ・ 目やに ・ そのほか()		
種類	塗り薬 ・ 目薬 ・ 座薬 ・ そのほか()		
方法及び場所			
保管場所	常温 ・ 冷蔵庫 ・ そのほか()		
使用期間	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日まで 毎日持ち帰り ・ 園で常時お預かり		

【園に与薬を依頼する場合の注意事項】

- *園でお預かりできる薬は、医師の指示に基づいたものだけです。従って、市販薬や以前に処方されたお薬など、保護者の判断のみで与薬させている薬については、お預かりできません。
- *場合によっては処方した病院や薬局に連絡することもあります。与薬を依頼する初日に、薬剤情報提供書のコピーを忘れずに添付してください。
- *薬袋や容器には、必ず名前を明記してください。
- *処置に必要なガーゼ、テープ等は、ご準備ください。
- *薬はクラスの担任または早朝、園バスの職員に直接手渡ししてください。