

お薬依頼書

※解熱剤・市販の薬はお預かりいたしません。

依頼日	平成 年 月 日
依頼先	ドレミ保育園
依頼者 保護者氏名	印 連絡先 - -
園児名	
病院名	電話番号
病名(症状)	
①持参した薬の処方日	年 月 日
②薬の剤型(該当するものに○)	粉 液(シロップ) 外用薬 その他()
③薬の内容	抗生剤 咳止め 下痢止め 整腸剤 かぜ薬 目薬 塗布薬 湿布薬
④お薬を合計	種類持参
⑤投薬時間	食前 食間 後
⑥薬剤情報提供書	あり なし
⑥その他注意事項	

保育園記載

受取日付	受領者サイン	投与者サイン	備考
年 月 日			

ドレミ 保育園

園長 知名範子

<公印省略>

主治医の先生方へのお願い

1. 保育園へ通っている子どもたちへの処方につきましては、子どもの病状にもよりますが、なるべく保育時間内での与薬をしないで済むようにご配慮お願い申し上げます。

子どもの保育時間を確認していただき、例えば、

- ① 2回投与(朝・夕)にする。(保育時間帯での与薬なし。)
- ② 3回投与が必要な場合 イ)保護者に少し早目の降園を勧め、保護者が与薬する。
ロ)朝・帰宅後・寝る前の3回服用にする。

などの処方をお願いいたします。

どうしても無理な場合は、お手数ですが下記にご記入して頂きますようご協力お願いいたします。

尚、与薬にあたって、保育園(集団保育)での生活に関する留意点などがありましたら、その都度保護者並びに保育園へのご指導・ご助言をお願いいたします。

園児名	
医療機関名 (担当医師名)	印
病名	
所見(その他)	