

主治医の先生方へのお願い

こども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ると思われますが、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します。

尚、与薬にあたって、こども園（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こども園へのご指導・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)	
与薬期間	月 日から 月 日

お薬依頼書

記入の上、保育士に薬と一緒に渡してください。解熱剤・市販のお薬はお預かり致しません。

依頼日	令和 年 月 日 ()	依頼先	ドレミ認定こども園
依頼者	保護者氏名 印 連絡先：電話 () 園児氏名 クラス名 くみ / 男・女		
病院名		電話 ()	
病名 (症状)			
① 処方日 年 月 日処方 ② 薬の剤型 (該当するものに○をして下さい) 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 合計(種類)持参 ⑤ 食事の 前 ・ 後 ・ 食間 ⑥ 薬剤情報提供書 あり ・ なし ⑦ その他の注意事項		

こども園記載

月 日	受領者サイン	投与者サイン	備考
月 日 ()			

✂ ----- キリトリ線 -----

お薬依頼書

記入の上、保育士に薬と一緒に渡してください。解熱剤・市販のお薬はお預かり致しません。

依頼日	令和 年 月 日 ()	依頼先	ドレミ認定こども園
依頼者	保護者氏名 印 連絡先：電話 () 園児氏名 クラス名 くみ / 男・女		
病院名		電話 ()	
病名 (症状)			
① 処方日 年 月 日処方 ② 薬の剤型 (該当するものに○をして下さい) 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 合計(種類)持参 ⑤ 食事の 前 ・ 後 ・ 食間 ⑥ 薬剤情報提供書 あり ・ なし ⑦ その他の注意事項		

こども園記載

月 日	受領者サイン	投与者サイン	備考
月 日 ()			