与薬依頼票

医師記入欄

立川ひかり保育園 宛　　指示日：　　年　　月　　日記

＊保育園での与薬に必要な情報ですので、正確に記入漏れのないようにお願いいたします。

与薬内容		
医療機関		病院・医院名　　医師名
園児名		
病名・症状等		
与薬期間		年　　月　　日～　　年　　月　　日まで(**【最長】**年度末まで)
薬品名		
薬の種類		内服薬(　粉　・シロップ・その他(　　)) 塗り薬、点眼薬、その他(　　)
薬内服等	園での与薬時間	その他を選択の場合は**必ず**記入をお願いします □昼食前　□昼食後　□その他（　　）
外用薬等	塗り薬・点眼薬等の使用方法	「赤いところに塗る」「かゆいところに塗る」等のあいまいな表現ではなく、外用する部位、状態や時間帯等、具体的な指示を記入してください。
保管方法		その他を選択の場合は**必ず**記入をお願いします □室温　□冷蔵庫　□その他（　　）
保育園への連絡事項(与薬にあたって注意すること等)		□なし　□あり
		”あり”を選択の場合はこちらに詳細を記入してください
看護師不在の場合は保育士が行ってもよいか？		

保護者記入欄

立川ひかり保育園 宛　　依頼日：　　年　　月　　日記

医師により保育時間に与薬が必要との指示がありましたので、保護者の責任において上記の通りに保育園での与薬を

園児名	組　　男・女
保護者名	
緊急連絡先※(職場・携帯電話等)	連絡先名　　続柄　　TEL
内服方法	スプーン、水に溶く等

※緊急連絡先はいつでも確実に連絡できる場所、連絡方法を記載してください。

園記入欄　　与薬依頼票受領者サイン：　　日付：　　年　　月　　日

≪与薬記録≫

お薬預かり日	／	／	／	／	／	／	／	／
受領者サイン								
投与時間	：	：	：	：	：	：	：	：
投与者サイン								
備考欄								