

与薬依頼票

妻田フェルマータ小規模保育園施設長 殿

医師の診断、指示により貴園の保育時間中に与薬が必要となりました。保護者の責任において下記のとおり与薬を行っていただきたく依頼いたします。

依頼日 年 月 日 保護者名 _____ (印)

園児名 _____

生年月日 _____

病名又は症状			
医療機関名	※緊急時に連絡がとれるように記載してください	薬剤処方日	年 月 日
薬品名			
薬の種類	① 内服薬 粉薬(袋)・シロップ(種類) ・その他(種類) ② 外用薬 目薬(種類)・塗薬(種類) 座薬(種類)・その他()		
保管場所	室温 ・ 冷蔵庫 ・ その他()		
薬の内容	抗けいれん薬 ・ 抗てんかん薬 ・ ステロイド薬 抗アレルギー薬 抗ヒスタミン剤・ その他 ()		
与薬回数 時間・方法	食前 ・ 食後 ・ 食間(いつ 時頃)) その他() ※いつ・どんな時・どこになど具体的に記載すること		
依頼期間	年 月 日 ~ 年 月 日 ※最長 3 ヶ月(座薬は 1 年)。引き続き与薬を希望される場合は、新しい用紙を再度ご提出ください。		
特記事項	<薬の飲ませ方>・そのまま飲ませる ・ 水に溶く ・ 砕く その他(発作が出た場合の対処法など) ()		

<与薬確認>

年 月 日 曜 日 与薬時間 (:)	与薬者		年 月 日 曜 日 与薬時間 (:)	与薬者	
年 月 日 曜 日 与薬時間 (:)	与薬者		年 月 日 曜 日 与薬時間 (:)	与薬者	
年 月 日 曜 日 与薬時間 (:)	与薬者		年 月 日 曜 日 与薬時間 (:)	与薬者	
年 月 日 曜 日 与薬時間 (:)	与薬者		年 月 日 曜 日 与薬時間 (:)	与薬者	
年 月 日 曜 日 与薬時間 (:)	与薬者		年 月 日 曜 日 与薬時間 (:)	与薬者	
年 月 日 曜 日 与薬時間 (:)	与薬者		年 月 日 曜 日 与薬時間 (:)	与薬者	
年 月 日 曜 日 与薬時間 (:)	与薬者		年 月 日 曜 日 与薬時間 (:)	与薬者	
年 月 日 曜 日 与薬時間 (:)	与薬者		年 月 日 曜 日 与薬時間 (:)	与薬者	
年 月 日 曜 日 与薬時間 (:)	与薬者		年 月 日 曜 日 与薬時間 (:)	与薬者	
年 月 日 曜 日 与薬時間 (:)	与薬者		年 月 日 曜 日 与薬時間 (:)	与薬者	

※この用紙は使用後園で保管いたします。下記のいずれかに○をつけてご提出ください。

- ・ 今回の薬は終了しました。
- ・ 引き続き投薬を依頼します。
- ・ 処方が変わりましたので、新しい用紙をください。