

与薬依頼書

提出日	令和 年 月 日 ()	依頼の可否	可 ・ 否
依頼先 (入所施設)		園児氏名	

医師の診察を受けたところ、下記のとおり指示がありました。

医療機関名	(主治医：) (電話：)		
病名(症状)			
薬剤名			
薬の処方日	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 与薬依頼期間(令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日)※最長1年間		
薬の保管方法	<input type="checkbox"/> 常温 <input type="checkbox"/> 冷蔵庫 <input type="checkbox"/> その他()		
飲み薬 の内容	内容	抗生物質、咳止め、鼻水止め、風邪薬、下痢止め、その他()	
	剤型	粉末・錠剤(種類 袋)、シロップ(種類 瓶)	
	与薬時間	食前、食間(時頃)、食後、その他()	
その他の薬 の内容	種類		
	使用部位		
	使用時間		
その他連絡			

※「薬剤情報提供書」(コピー可)を必ず添付してください。

同意書

与薬は本来保護者が行うことが原則ですが、やむを得ない事情により施設に代行を依頼します。

《確認事項》 ※確認後口にチェック。

- 上記依頼内容は、正確であり、記入漏れはありません。
- 家庭での健康状態を登園時に詳しく伝え、薬は直接保育士に渡します。
- 緊急時に備え、常に施設からの連絡を受けられるように留意します。
- 「薬を預ける際の注意事項」を守ります。

適切な与薬を行ったにも関わらず生じた事故等につきましては、施設に責任を問うことは一切ありません。また、緊急時は、個人情報に関わる内容を主治医等関係者に連絡、照会することを承諾します。

令和 年 月 日

保護者署名 _____

依頼受付日	令和 年 月 日	与薬終了日	令和 年 月 日
担当職員		担当職員	

与薬連絡票

園児氏名		クラス	組
症 状	<input type="checkbox"/> かぜ <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 中耳炎 <input type="checkbox"/> アトピー <input type="checkbox"/> その他()		
与薬時間	<input type="checkbox"/> 食前 <input type="checkbox"/> 食後 <input type="checkbox"/> 食間(: 頃) <input type="checkbox"/> その他()		
受取職員名	与薬職員名	保護者 確認	(連絡事項)
受取日時	与薬時間		
受取職員名	与薬職員名	保護者 確認	(連絡事項)
受取日時	与薬時間		
受取職員名	与薬職員名	保護者 確認	(連絡事項)
受取日時	与薬時間		
受取職員名	与薬職員名	保護者 確認	(連絡事項)
受取日時	与薬時間		
受取職員名	与薬職員名	保護者 確認	(連絡事項)
受取日時	与薬時間		
受取職員名	与薬職員名	保護者 確認	(連絡事項)
受取日時	与薬時間		

※与薬期間中は、毎日薬と一緒にこの票を提出してください。
 ※与薬が終了したら終了日を記入し、ご署名のうえ入所施設にご提出ください。

与薬終了日	令和	年	月	日
保護者署名				

与薬連絡票

園児氏名		クラス	組
症 状	<input type="checkbox"/> かぜ <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 中耳炎 <input type="checkbox"/> アトピー <input type="checkbox"/> その他()		
与薬時間	<input type="checkbox"/> 食前 <input type="checkbox"/> 食後 <input type="checkbox"/> 食間(: 頃) <input type="checkbox"/> その他()		
受取職員名	与薬職員名	保護者 確認	(連絡事項)
受取日時	与薬時間		
受取職員名	与薬職員名	保護者 確認	(連絡事項)
受取日時	与薬時間		
受取職員名	与薬職員名	保護者 確認	(連絡事項)
受取日時	与薬時間		
受取職員名	与薬職員名	保護者 確認	(連絡事項)
受取日時	与薬時間		
受取職員名	与薬職員名	保護者 確認	(連絡事項)
受取日時	与薬時間		
受取職員名	与薬職員名	保護者 確認	(連絡事項)
受取日時	与薬時間		

※与薬期間中は、毎日薬と一緒にこの票を提出してください。
 ※与薬が終了したら終了日を記入し、ご署名のうえ入所施設にご提出ください。

与薬終了日	令和	年	月	日
保護者署名				