

## 薬の預かり・与薬依頼書

	年	月	日
富坂まきば保育園長殿			
保護者名	⑩		
児童名	(生年月日・平成 年 月 日生 歳 か月 組)		
主治医の指示により、保育時間内での与薬をお願いします。			

## 薬の預かり・与薬内容指示書

疾患名	
園で与薬が必要な理由	
薬品名 薬理作用	
副作用 その他注意事項	
預かり： 抗けいれん剤等	預かり期間 年 月 日 ~ 年 月 日
与薬方法	<b>&lt;内服薬&gt;</b> 内服回数 回 [食前( 分前)・食後・おやつ前( 分前)] 与薬期間 年 月 日 ~ 年 月 日
	<b>&lt;外用薬&gt;</b> (軟膏、点眼薬等) 時間：(昼寝前・その他 ) 軟膏：塗布部位 ( ) 点眼薬：(両目・右・左) 与薬期間 年 月 日 ~ 年 月 日
保管場所	1、室内 2、冷暗所 3、その他 ( )
平成 年 月 日	医療機関名 _____  医師名 _____ ⑩  電話 _____

※主治医の先生へのお願い

当保育園では基本的に与薬は行っておりません。保育中にどうしても与薬が必要な薬に限ってご指示くださるようお願いいたします。

※保護者様へ 依頼書作成については文書発行料等のご負担が発生する場合があります。