

※裏面の「教育・保育所での与薬について」を必ずお読みください。

## 与薬依頼書

年 月 日

教育・保育 施設長 様

下記の児童について、医師の診察を受けたところ、下記の保護者記入欄の内容のとおり  
の指示がありましたので、私に代わって教育・保育施設での与薬をお願いします。

持参した薬は、

- ① 医師が処方した薬です。
- ② 薬は、一回分ずつに分けて、当日分のみ持参しました。
- ③ 薬の袋や容器には児童の氏名を明記しています。

### 記

#### <保護者記入欄>

児童	氏名	( 組 歳児)				
医療機関名	病院名： _____ 主治医： _____ 連絡先 _____					
病名 (症状)						
薬剤名						
薬の処方日	年 月 日 ( 日分)					
薬の保管方法	常温 ・ 冷蔵庫 ・ その他 ( )					
飲み薬について	抗生物質 ・ 咳止め ・ 鼻水止め ・ 風邪薬 ・ 嘔気止め ・ 下痢止め ・ 気管支拡張剤 ・ その他 ( )					
	粉末( 種類 袋)・ シロップ( 種類 瓶)・ その他( )					
	与薬時間	食前 ・ 食後 ・ その他 ( )				
その他の薬について	種 類 ( )					
	使用部位 ( )					
	使用時間 ( )					

#### <保護者確認事項>

- 上記の保護者記入欄の内容は、正確であり、記入漏れはありません。
- 上記児童の症状等により、緊急カードに基づいて保護者等に連絡することを承諾します。
- 上記児童の症状等により、主治医等関係者に必要な事項を連絡・照会することを承諾します。
- 与薬に伴い生じた一切の結果に関するすべての責任は、私が負うものとし、与薬に関わった者の責任を問うことはありません。

保護者氏名 \_\_\_\_\_

#### <教育・保育施設記入欄>

与薬日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
受領者サイン						
与薬者サイン 及び与薬時間	サイン： 与薬時間：	サイン： 与薬時間：	サイン： 与薬時間：	サイン： 与薬時間：	サイン： 与薬時間：	サイン： 与薬時間：
実施状況など						
保護者サイン						

☆ 与薬が終わりましたら、この与薬依頼書は教育・保育施設で保管します。

<教育・保育施設記入欄>

与薬日	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日
受領者サイン						
与薬者サイン 及び与薬時間	サイン： 与薬時間：	サイン： 与薬時間：	サイン： 与薬時間：	サイン： 与薬時間：	サイン： 与薬時間：	サイン： 与薬時間：
実施状況など						
保護者サイン						

与薬日	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日
受領者サイン						
与薬者サイン 及び与薬時間	サイン： 与薬時間：	サイン： 与薬時間：	サイン： 与薬時間：	サイン： 与薬時間：	サイン： 与薬時間：	サイン： 与薬時間：
実施状況など						
保護者サイン						

与薬日	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日
受領者サイン						
与薬者サイン 及び与薬時間	サイン： 与薬時間：	サイン： 与薬時間：	サイン： 与薬時間：	サイン： 与薬時間：	サイン： 与薬時間：	サイン： 与薬時間：
実施状況など						
保護者サイン						

与薬日	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日
受領者サイン						
与薬者サイン 及び与薬時間	サイン： 与薬時間：	サイン： 与薬時間：	サイン： 与薬時間：	サイン： 与薬時間：	サイン： 与薬時間：	サイン： 与薬時間：
実施状況など						
保護者サイン						

与薬日	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日
受領者サイン						
与薬者サイン 及び与薬時間	サイン： 与薬時間：	サイン： 与薬時間：	サイン： 与薬時間：	サイン： 与薬時間：	サイン： 与薬時間：	サイン： 与薬時間：
実施状況など						
保護者サイン						

☆与薬が終わりましたら、この与薬依頼書は教育・保育施設で保管します。