

※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通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 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。