

# お薬依頼・連絡票

依頼日                    年           月           日

あいあい保育園 園長殿

(保護者名) \_\_\_\_\_ 印

(本日の連絡先) TEL(           )           - \_\_\_\_\_

次の園児においては、医師と相談の結果、**別添の医師の指示書により特例として**やむを得ず園での教育・保育時間中に 与薬が必要となりました。つきましては、保護者によるすべての責任において、保育園での園児に対する与薬を下記の通り依頼します。

園名・組名	あいあい保育園				組
園児名	(           年           月           日生)				
医療機関名 (担当医師名)	TEL(           )           -				
病名(又は症状)					
薬の名前					
薬の処方日	年           月           日 (           日分)				
保管方法	室温・冷蔵庫・その他(           )				
薬の作用	抗生物質・抗けいれん薬・抗アレルギー薬・その他(           )				
薬の剤形	粉・液(シロップ)・外用薬・その他(           )				
服用方法	そのまま・水で溶く・その他(           )				
使用する日時	年           月           日の食前・食後・その他(           )				
外用薬などの使用法	塗り薬：回数           回(時間           )           患部(           ) 点眼薬：回数           回(時間           )           患部(           左目・右目 その他具体的に(           )				
与薬に関する主治医意見書	あり・なし				
薬の説明書	あり・なし				
その他の注意事項	あり・なし				
保育園(園保管)記載	受領者サイン	保管者サイン	与薬者サイン	与薬確認者サイン	最終 園長印
	与薬時間	年           月           日 (           )           時           分			
	<実施状況など>				

保育園(家庭返却)記載	受領者サイン	保管者サイン	与薬者サイン	与薬確認者サイン	最終 園長印
	与薬時間	年           月           日 (           )           時           分			
	<実施状況など>				