

# 与薬依頼票

依頼先：ふたばこども園

次の園児につきましては、医師と相談の結果、指示によりやむを得ず、園での保育時間中における与薬が必要となりました。つきましては、保護者の責任において園での園児に対する与薬を下記の通り行っていただきますようお願いいたします。

クラス名 \_\_\_\_\_ 組 \_\_\_\_\_ 園児名 \_\_\_\_\_

依頼日：令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 依頼者：保護者名 \_\_\_\_\_

|             |                            |
|-------------|----------------------------|
| 処方された日      | 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 |
| かかりつけ病院・医院名 | TEL ( _____ )              |
| 病名・症状       |                            |

※太枠内はすべて記入してください。

コピーを添付した日を書いてください。  
処方された日ではありません。

| 与薬の内容 | 薬剤名                  | 内容                                      | 剤型   | 数量 | 使用方法                             | 与薬時間                 | 保管方法                | 薬剤情報提供書             |
|-------|----------------------|---|--|----|----------------------------------|----------------------|---------------------|---------------------|
|       | (例)<br>ホクナリンテープ0.5mg | 抗生物質・せき止め かぜ薬<br>下痢止め・けいれん予防<br>その他 ( ) | 粉 ・ 液 (シロップ)<br>貼り薬 ・ 坐薬 ・ 注射<br>塗り薬 ・ 点眼薬 | 1枚 | 使用部位 (背中)<br>そのまま飲ませる<br>その他 ( ) | 昼食 前・後<br>その他 (24時間) | 室温 ・ 冷蔵庫<br>その他 ( ) | 有<br>(1月20日添付)<br>未 |
|       |                      | 抗生物質・せき止め・かぜ薬<br>下痢止め・けいれん予防<br>その他 ( ) | 粉 ・ 液 (シロップ)<br>貼り薬 ・ 坐薬 ・ 注射<br>塗り薬 ・ 点眼薬 |    | 使用部位 ( )<br>そのまま飲ませる<br>その他 ( )  | 昼食 前・後<br>その他 ( )    | 室温 ・ 冷蔵庫<br>その他 ( ) | 有<br>( 月 日添付)<br>未  |
|       |                      | 抗生物質・せき止め・かぜ薬<br>下痢止め・けいれん予防<br>その他 ( ) | 粉 ・ 液 (シロップ)<br>貼り薬 ・ 坐薬 ・ 注射<br>塗り薬 ・ 点眼薬 |    | 使用部位 ( )<br>そのまま飲ませる<br>その他 ( )  | 昼食 前・後<br>その他 ( )    | 室温 ・ 冷蔵庫<br>その他 ( ) | 有<br>( 月 日添付)<br>未  |
|       |                      | 抗生物質・せき止め・かぜ薬<br>下痢止め・けいれん予防<br>その他 ( ) | 粉 ・ 液 (シロップ)<br>貼り薬 ・ 坐薬 ・ 注射<br>塗り薬 ・ 点眼薬 |    | 使用部位 ( )<br>そのまま飲ませる<br>その他 ( )  | 昼食 前・後<br>その他 ( )    | 室温 ・ 冷蔵庫<br>その他 ( ) | 有<br>( 月 日添付)<br>未  |

## ☆与薬について注意事項☆

- 医師の処方した薬に限ります。(市販薬はお預かりできません)
- 一回分の薬(名前を記入してください)と与薬依頼票、薬剤情報提供書(お薬の説明書)のコピーをお持ちいただき、職員に直接お渡しください。
- 与薬依頼票は、与薬する日ごとに記入してお出してください。
- 与薬依頼票はすべて記入してください。
- せき止めの貼り薬に名前を書いてください。

## 園記入欄

|            |                                   |
|------------|-----------------------------------|
| 受領者サイン     |                                   |
| 与薬者・確認者サイン |                                   |
| 与薬日時       | 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時 _____ 分 |