

主治医様

日頃、園児の健康管理にご協力賜り有難うございます。さて、当園では、与薬は本来保護者に行って頂くことが望ましく、事故防止などの観点からも、園児に関する与薬を原則としてお断りさせて頂いております。但し、下記の「与薬が必要となる理由」の①～③に該当する場合のみ、看護師又は保育士が与薬をします。つきましては、保護者には「与薬指示書」を提出して頂き確認のうえ実施することにさせていただきます。以下の指示書に必要事項のご記入をお願いします。

※可能であれば、朝夕2回の服用にして頂きますようお願い申し上げます。

※服用時の指示については、より詳細を記載いただきますようご協力お願い致します。

双葉の園保育園

与薬指示書

目黒区大橋 2-16-6 TEL03-3465-0270

園児氏名	生年月日	年 月 日
病名		
処方内容 (薬名・数量・使用方法など)		
薬の剤型	粉薬・座薬・外用薬・その他 () ※水薬はお預かりできません	
与薬が必要となる理由	① 長期にわたり保育時間内に薬の使用なしでは健康な日常生活が過ごせない場合 ② 保護者の依頼書及び主治医の指示書があること。 ③ 次のア～エのいずれかに該当する場合 (ア～エのいずれかに○をつけてください) ア)慢性疾患(心臓病など)の治療薬 イ)熱性けいれん・けいれん性疾患の予防薬 ウ)アトピー性皮膚炎などの軟膏 エ)重度のアレルギーのエピペンや抗ヒスタミンなどの治療薬	
与薬時間	昼食前・昼食後・その他 ()	
期間	令和 年 月 日～令和 年 月 日 (最長6カ月まで)	
上記の通り、保育園での与薬を指示します。 令和 年 月 日 医療機関所在地及び名称、電話番号 医師氏名 ㊟		

保護者様記入欄

与薬依頼書

保育時間内での与薬をお願いします。 組 園児名 保護者氏名 備考
--