



# 与薬依頼書



依頼日 年 月 日

むさしヶ丘保育園 園長様

保護者名 印

TEL ( ) -

次の児童については、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、園での児童に対する与薬を下記により、行っていただきたく依頼いたします。

クラス名・年齢	組（年長・年中・年少・2歳児・1歳児・0歳児）	
園児名	（平成 年 月 日生）	
医療機関名 （担当医師名）	TEL ( ) -	
病名		
薬の種別	与薬方法（用法・用量等）	薬の処方された日
内服薬① ( )	服用時間 食前・食間・食後 分 服用方法 そのまま・水で溶く・( )	月 日
内服薬② ( )	服用時間 食前・食間・食後 分 服用方法 そのまま・水で溶く・( )	月 日
内服薬③ ( )	服用時間 食前・食間・食後 分 服用方法 そのまま・水で溶く・( )	月 日
塗り薬 ( )	回数 回（時間） 患部（ ）	月 日
点眼薬 ( )	回数 回（時間） 患部（左目・右目）	月 日
		月 日

## 【注意事項】

- 薬局からの薬の説明書は必ず添付し、園の職員にも見せてください。（コピーをさせていただきます）
- 1回分の薬を容器や袋に入れ、園児名を記載し、必ず職員に手渡しをお願いします。
- 内服薬などが複数の場合には、それぞれ①②③と区別できるように（ ）に薬名を記載してください。
- 心臓疾患、ぜんそく、アレルギー等で与薬が必要となる場合には、医師の診断書の提出が必要となりますので、事前にご相談ください。

処理	受付		与薬	
----	----	--	----	--