

与薬依頼書

認定こども園青空		年 月 日
保護者名	印	
園児名		
依頼希望日	年 月 日～ 年 月 日	
病名	①眼科系 () ②皮膚科系 () ③その他 ()	
薬品名		
病院名	TEL	
時間	①食後 ②症状が出た時 ③その他 ()	
保管方法	①冷蔵保存 ②室温保存 ③暗所保存 ④その他 ()	
薬の使用箇所、使用方法 (注意事項)		

(注意事項)

与薬は、本来医療行為となっています。園で薬を飲んだり、使用しなくてもよいように、かかりつけの先生にお願いしてください。

病気や薬によっては、どうしても園での与薬が必要な物もあると思いますので、保護者の皆様の就労の手助けをするために、園長の許可のもとに行うものです。

以下の項目を遵守できる方のみお引き受けいたします。

✿薬のことで問い合わせが必要なことが起こった場合を想定し、病院名とその電話番号を必ずお書きください。

✿現在処方されている医師の処方薬に限ります。

✿市販の薬はお預かりできません。

✿担任に必ず手渡してください。

✿薬にお子様のお名前を必ず書いて下さい。

✿間違いを防ぎ、子どもの健康を回復するために確実に与薬したいと思います。

以上のお約束は最低限です。必ずお守りください。重ねてお願いいたします。

受取者	園長	副園長	主任	副主任	合議