

与薬申込書

私、貴保育園において保育時間内に子どもに与薬をしていただきたいので申し込みます。
つきましては、保護者の責任のもと、下記の通りに与薬をお願いいたします。

申 込 先： 堅田保育園 ・ 堅田第二保育園 園長殿

申 込 日：20 年 月 日

組 園児名 _____

保護者氏名 _____

与薬内容		
病名		
薬の名前		
種類や量	<u>散薬(粉薬)</u> 1回に 包 昼食前・昼食後	<u>水薬(シロップ)</u> 昼食前・昼食後
与薬時間	<u>塗り薬</u> 1日 回 塗布部位() 塗布時間 昼食後・()	<u>点眼薬</u> 1日 回 滴 右目・左目・両目 点眼時間 昼食後・()
期間	20 年 月 日 ~ 20 年 月 日 最長1ヶ月	
処方日	20 年 月 日に処方されました	
処方医師	(病院名)	(医師名)
特記事項		

<与薬にあたっての約束事項>

- ・この与薬申込書は、必ず保護者が記載して下さい。
- ・事前に医師と相談し、保育時間内の与薬がどうしても必要となった場合に限り申し込んで下さい。
(処方の際、保育園に通園していることを伝え、可能な限り家庭での与薬となるよう相談をして下さい。)
- ・与薬は医師が処方した薬に限ります。(市販薬不可)
また、家庭で1回以上服用させて、副作用などの問題がないことを確認してから持参して下さい。
- ・薬は1回分に分けて、お子さんの名前を記載し、1日分のみ持参して下さい。
- ・この与薬申込書および、必要があれば医師の診断書を添付していただきます。