

与薬指示書(医師記入)

主治医の先生方へ

至誠ひの宿保育園では誤薬を避けるため、原則として与薬を行うことはできません。朝・夕の2回処方または朝・夕・眠前の3回処方などご家庭で内服して頂けるよう処方をお願い申し上げます。

至誠ひの宿保育園園長宛

下記の園児について当院で加療中ですが、登園可能と判断しました。登園の際は、保護者に代わり与薬をお願いします。

※保護者記入

※ クラス	ルーチェ シエロ ピエント ルナ ソル エストゥレイジャ	※ 児童名	
病名又は症状			
薬品名			
処方薬用法	1日 回 【朝・昼・夕・眠前・その他()】 与薬期間：平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 *最大与薬期間は2週間です。与薬を継続する場合は、再提出をお願いします。		
注意事項			

平成 年 月 日

医療機関名

電話番号

医師名

印

※園でのステロイドのお預かりはできませんので、ご了承ください

与薬願い(保護者記入)

医師と相談の結果、やむを得ず保育園での保育時間中に与薬が必要となりました。保育園での上記児童に対し、医師の指示書通り行っていただきたくお願いいたします。

平成 年 月 日

保護者氏名

印

【注意事項】

- *事前に医師と相談し、保育園での与薬がどうしても必要と指示が出た場合に限って依頼をするようにして下さい。(保育園に通園していることを医師に伝え、家庭で与薬できるようお伝えください。)
- *この与薬指示書に加え、与薬依頼書(裏面に記入)、薬剤情報提供書又はお薬手帳(コピー可)を添えて直接職員に手渡してください。
- *薬は1日1回分のみのお預かりです。日付・クラス・児童名を薬袋に記入してください。
- *用紙記入にあたり別途料金がかかる場合がありますがご了承ください。