

・当園には薬剤管理が出来る職員はおりませんので、与薬は本来、保護者に行って頂くことが望ましく、事故防止の視点からも、当園では原則として保育時間中の与薬は行っておりません。処方を受ける際には保育園に通園していることを伝え、可能な限りご家庭での与薬となるようご相談ください。

・与薬指示書に記載されている薬以外は、内服・塗布・点眼 等をする事はできません。

・当園に医療の専門的知識がある職員がおりませんので、保護者様の与薬依頼書、お医者様の与薬指示書に基づき与薬いたします。

・薬は1回分ずつに分けて当日分のみ持参してください。

・薬の袋や容器にはお子様の名前を必ず記入してください。

・依頼期間と与薬期間が一致しない場合は、与薬出来ません。

・与薬の依頼の責任者は、保護者様とします。

若草保育園 園長
若草駅前小規模保育園 園長

与薬依頼書

若草保育園 園長

下記の園児につきましては、医師との相談の結果、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。つきましては、私の代わりに与薬を【与薬指示書】の通り、行って頂きたいいたします。この与薬により、異常な事態が生じても保育園への責任は問いません。

クラス		園児名	
-----	--	-----	--

依頼期間	年 月 日 ~ 年 月 日
依頼者（保護者）名	印

※ **記入漏れ、記入間違いや職員に直接、薬をお渡しされなかった場合は、薬を飲ませることが出来ません**のでご注意ください。

【備考欄】

※ 帰宅後、この「与薬依頼書」で与薬を確認し、「保護者確認サイン」欄にサインをお願いいたします。 No.2

与薬日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
与薬時間	:	:	:	:	:
与薬者サイン					
薬受領者サイン					
保護者確認サイン					

与薬日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
与薬時間	:	:	:	:	:
与薬者サイン					
薬受領者サイン					
保護者確認サイン					

与薬日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
与薬時間	:	:	:	:	:
与薬者サイン					
薬受領者サイン					
保護者確認サイン					

与薬日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
与薬時間	:	:	:	:	:
与薬者サイン					
薬受領者サイン					
保護者確認サイン					

与薬日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
与薬時間	:	:	:	:	:
与薬者サイン					
薬受領者サイン					
保護者確認サイン					