

# 与薬依頼書

上樋ちえれすて保育園 園長宛

次の与薬依頼書に記載の園児について、医師との相談の結果、指示によりやむを得ず、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、貴園での与薬を下記により行っていただきますように依頼いたします。

記入日：令和 年 月 日

依頼者氏名： \_\_\_\_\_

※保育園での与薬は医療行為にあたる為、原則として行う事ができません。医師の診察を受ける際に、保育園では原則として与薬が出来ない事を伝え、保育時間を避けた1日2回の処方にしてもらう等の相談をしてください。やむを得ない理由で、当園での与薬が必要な場合は、保護者と当園との信頼関係において、看護師（看護師不在時は保育士）が保護者に代わり薬を与薬させます。（入園のしおり「薬の与薬について」を参照してください。）

園児名			
依頼日	令和 年 月 日	受取職員サイン	㊟
受診した病院			
病院での処方日	令和 年 月 日		
診断名			
症状			
薬の種類	※ 容器に必ず園児名を記入してください。		
粉薬（ 包）	水薬（ 個）	点眼（ 本）	軟膏（ ）
外用薬（ 個）	はり薬（ 個）	シロップ（ 種類）	
その他（ ）			
留意事項			
与薬時間	給食（前・後） その他（ ）		
当園での与薬期間	令和 年 月 日～令和 年 月 日		
上記の通りで相違ありません。全て保護者の責任において与薬をお願いします。 与薬の行為によりいかなる問題が生じたとしても、一切の責任は問いません。			
社会福祉法人 高千穂福祉会 上樋ちえれすて保育園 園長 興沼竜太 殿			
			㊟