

## 与薬依頼（指示）書

医師により下記の通り指示・処方を受けましたので、与薬について下記の通り依頼します。

いずみ保育園 園長 宛て

令和 年 月 日

保護者氏名： \_\_\_\_\_ 印

園児氏名： \_\_\_\_\_ ( ぐみ)

症 状	
主治医	病院名：  TEL：
処方日	令和 年 月 日
使用依頼期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日まで
薬の内容 (薬名)	点 眼： 塗 薬： その他：
使用方法・及び回数	
その他の注意事項	

- ※風邪薬等の飲み薬はお預かりできません。
- ※使用依頼期間終了後にお預かりした薬をお返しいたします。
- ※使用依頼期間は、1週間までといたします。継続する場合には、再度提出ください。なお、アトピー性皮膚炎などのように長期的なもの（医師の指示・判断にもとづくもの）に関しては、ご相談ください。
- ※ムヒ等の虫よけ用塗り薬以外は、医師から処方されたものに限りです。それ以外の市販薬や保護者の判断による薬はお預かりできません。
- ※与薬依頼（指示）書がない場合、もしくは記入漏れがあった場合は、与薬できません。
- ※薬および与薬依頼（指示）書は、直接職員へ手渡ししてください。なお、その際は薬に名前を記入して下さい。
- ※慢性的な熱性痙攣やアナフィラキシーによる飲み薬やエピペン等は、事前にご相談ください。

-----  
保育園記入欄：

受付日	令和 年 月 日	看護師確認サイン	
与薬者名サイン		担任確認サイン	