与薬依頼書（長期）※塗り薬はビニール手袋持参

つくばスマイル保育園

クラス　　園児名

医師の指示がありましたので与薬の依頼をお願いします。

●保護者名

●依頼日　令和　　年　　月　　日（　）　●処方日　令和　　年　　月　　日～令和　　年　　月　　日

●病院名　（　　）　●病名　（　　）

●薬名　（　　）　●備考（　　）

●薬の内容

薬の種類	与薬方法
内服薬1	服用時間　　食（　前　・間　・後　） 服用方法　そのまま・水で溶く・その他（　　）
内服薬2	服用時間　　食（　前　・間　・後　） 服用方法　そのまま・水で溶く・その他（　　）
塗り薬（※ビニール手袋を持参してください）	回数　　回　（塗るタイミング　　） 塗る場所（　　）
眼薬	回数　　回　（点眼のタイミング　　） 患部（　左目・右目・両目　）

日　付	保護者印	受取者印	与薬者印	備　　考	日　付	保護者印	受取者印	与薬者印	備　　考
月　日 （　　）					月　日 （　　）				

※与薬は誤飲防止のため朝夕2回にしてください。昼の与薬が必要に限りお預かりします。
※医療機関には、保育園に通っていることを伝え、なるべく朝夕2回の処方にしてもらって下さい。
※保護者の方がお休みのときは、お預かりできません。（塗り薬のみ預かり可）
※医師の指示により今回の病気で処方されたものに限ります。
※お薬手帳の写しまたは薬剤情報（園児氏名・医院名又は調剤薬局名・処方日）を添えてください（コピー可）。
※粉薬・水薬は1回分に小分けし、フルネームをご記入の上職員に必ず手渡してください。
※与薬最終日にはこの用紙は回収いたしますので、確認の上職員にお渡しください。
※塗り薬の時はビニール手袋を利用します。ご持参ください。
※処方されたお薬について不明な点がある際は薬局に問い合わせする場合があります。
※保護者のサインがない時は投与できません。