

与薬連絡票

平成 年 月 日

※持参した薬は、本日で()回目です。

依頼先 おひさま保育園 宛	
依頼者 保護者氏名 子ども氏名	印 連絡先 ☎【 男・女 年齢 【 歳 か月】
主治医	印 病院電話【 】
病名 (又は症状)	
◎ 下記の通り、与薬をお願いします。なお与薬についての一切の責任は保護者が負うものとします。	
①持参した薬は、【 年 月 日】に処方された【 日分】のうちの本日分 ②保管方法 【室温・冷蔵庫・その他()】 ③くすりの剤型・内容・外用薬などの使用法については医師、薬剤師の処方箋を添付 ④与薬時間 【食後・食前・食間】【午前・午後 時 分頃】	
⑤その他の注意事項()	
保育園記載	●保管開始 【 月 日 午前・午後 時 分】 ●投与時間 【 月 日 午前・午後 時 分】 ●実施状況など () 園長印
★保護者の皆様へ注意事項★ ◎初回につきましては、必ず医師の署名・薬の成分表が必要です。ない場合の与薬はいかなる場合でも出来ません事をご了承下さい。 ◎使用する薬は、一回分ずつ分けて、当日分のみご用意下さい。(シロップ薬も) ◎袋や容器にお子様の名前と与薬の日時を記載し保育士に手渡して下さい。 ◎保育園で薬を与える事については、主治医の許可が必要です。【保育園で保護者に代わって薬を与えてよい】という、主治医の許可の署名・捺印があった場合のみ、保護者に代わって薬を与えます。※なお事故については一切の責任は負いません。 ◎「熱が出たら飲ませる」「咳が出たら」というような状況を判断して与えねばならない場合の対応は出来ません。	

各病(医)院長様

社会福祉法人慈愛会
おひさま保育園

与薬連絡票への記載についてお願い

拝啓 時下ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

日頃、おひさま保育園に在園中の園児を診察して頂きまして誠にありがとうございます。

いだけ

いただいたうえで与えております。それも「保育園で保護者に代わって薬を与えてよい」という主治医の許可の署名、捺印があった場合のみ与える事にしております。

日常の医療業務ご多忙のところ恐縮ではございますが、保育園での与薬をご許可いただける場合は、与薬連絡票の主治医の欄に署名、もしくは捺印をお願い申し上げます。

敬具