

# 与薬依頼書（保護者記載用）

年　月　日

スマイルキッズ 施設長

保護者名 \_\_\_\_\_ (印)

園児名 \_\_\_\_\_ 男・女

連絡先（電話）\_\_\_\_\_

1. 主治医： ( 病院・医院 )	
連絡先（電話）：	
2. 病名：	
3. 持参したくすり 1) 名称： 2) 使用目的： 3) 剤型： (飲み薬) 散・シロップ (1回ずつに分けてお預けください) (外用薬) 塗り薬・貼り薬・目薬・座薬	
4. 保管 室温・冷蔵庫・その他( )	
5. その他注意事項	

## 保育園記入欄

受領者サイン	月	日	午前・午後	時	分
保管管理者サイン	月	日	午前・午後	時	分
使用日	/	/	/	/	/
与薬時間 サイン	:	:	:	:	:

保護者  
確認印

## 実施状況など

施設長印

記入上のご注意：飲み薬は必ず1回分ずつに分けて、その日の分を与薬依頼書とともに預けください。外用薬は最大1週間を限度とし、週末にはお持ち帰りいただきます。例：昼食後1回、夕食後1回の飲み薬と午睡後1回の塗り薬がある場合は3枚ご提出ください。

注) 太枠のみ記入 使用日以下は保育園で記入

主治医殿

日頃、園児の健康管理にご協力賜り有難うございます。

さて、スマイルキッズでは、原則として与薬の代行は行っていませんが、時間与薬の必要な薬剤、食事関連性の強い薬剤、熱性痙攣の予防に使用する薬剤など、やむを得ないものに限って与薬することとしています。

つきましては、今般、保護者より与薬依頼書が提出されておりますので先生のご意見を戴きたく以下の意見書に必要事項をご記入願います。

なお、抗菌剤を含めて感昌に対する与薬は認めておりませんのでご承知おき下さいます  
よう宜しくお願い申し上げます。

スマイルキッズ

切り取り線

## 与薬に関する主治医意見書

年 月 日

園児名 男・女

年 月 日生

医療機関名

主治医名

印

1. 病名：

2. 薬品名：

3. 使用する理由及び使用法

理由：

使用法：

4. その他：