**与薬依頼書**

様式１

　医師の指示により、保育時間中における薬の使用が必要となりましたので、保護者の責任において依頼します。

令和　　　　年　　　　　月　　　　日（　　　）

保護者氏名

|  |  |
| --- | --- |
| 児童氏名 | （　　　　　　　　組　　　　　　　　歳児） |
| 医療機関名 | ☏　　　　　　　－　　　　　　－ |
| 病名（症状） |  |
| 薬剤名 | ① | ② |
| 薬の処方期間 | /　　　（　　）～　　　/　　　（　　）まで | /　　　（　　）～　　　/　　　（　　）まで |
| 薬の保管方法 | 常温　・　冷蔵庫　・　その他（　　　　　） | 常温　・　冷蔵庫　・　その他（　　　　　） |
| 与薬時間 | 食前・食後・おやつ後・その他（　　　　　　　　） | 食前・食後・おやつ後・その他（　　　　　　　　） |
| 飲み薬について | 抗生物質　・　咳止め　・　鼻水止め　　嘔気止め・下痢止め・その他（　　　　　） | 抗生物質　・　咳止め　・　鼻水止め　　嘔気止め・下痢止め・その他（　　　　　） |
| 薬の種類 | 粉薬　・　水薬　・　その他（　　　　　　） | 粉薬　・　水薬　・　その他（　　　　　　） |
| その他の薬について（点眼・点鼻塗り薬など） | 種　　　類 |
| 使用部位 |
| 使用時間 |
| 保護者連絡先 | ＊すぐに連絡が取れる電話番号　　　　　　　　　　　　　　―　　　　　　　　　―　　　　　　　　　　　　（続柄　　　　　　　　） |

＊北本市保育課からの通知「与薬について」の内容を十分ご覧ください。

＊与薬依頼書は、処方箋を受ける度に保育所へ出してください。

＊薬は必ず１回分の量に分けてください。（外用薬は分けなくてもお預かりできます。）

＊複数日与薬を継続される場合は、初日に与薬依頼書を提出してください。

＊「薬剤情報提供書」はくすりと一緒に毎日持参してください。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 与薬日 | ／ | ／ | ／ | ／ | ／ | ／ |
| 受領者サイン |  |  |  |  |  |  |
| 与薬者サイン |  |  |  |  |  |  |
| 与薬時間 | ： | ： | ： | ： | ： | ： |
| 保護者サイン |  |  |  |  |  |  |

＊与薬が終わりましたら、この与薬依頼書は、保育所で保管します。

＊長期に渡り与薬をする場合、１か月を限度に、この与薬依頼書を継続して使用します。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 与薬日 | ／ | ／ | ／ | ／ | ／ | ／ |
| 受領者サイン |  |  |  |  |  |  |
| 与薬者サイン |  |  |  |  |  |  |
| 与薬時間 | ： | ： | ： | ： | ： | ： |
| 保護者サイン |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 与薬日 | ／ | ／ | ／ | ／ | ／ | ／ |
| 受領者サイン |  |  |  |  |  |  |
| 与薬者サイン |  |  |  |  |  |  |
| 与薬時間 | ： | ： | ： | ： | ： | ： |
| 保護者サイン |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 与薬日 | ／ | ／ | ／ | ／ | ／ | ／ |
| 受領者サイン |  |  |  |  |  |  |
| 与薬者サイン |  |  |  |  |  |  |
| 与薬時間 | ： | ： | ： | ： | ： | ： |
| 保護者サイン |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 与薬日 | ／ | ／ | ／ | ／ | ／ | ／ |
| 受領者サイン |  |  |  |  |  |  |
| 与薬者サイン |  |  |  |  |  |  |
| 与薬時間 | ： | ： | ： | ： | ： | ： |
| 保護者サイン |  |  |  |  |  |  |