

与薬指示書 (医師記入)

主治医の先生へ

初富スマイルキッズでは、薬剤を専門に管理できる職員がない為、原則として与薬の代行は行っておりません。与薬回数、時間など、ご家庭で内服、外用いただけるよう処方をお願い申し上げます。但し、日中の与薬が治療の上で必要な場合は、指示書に基づき与薬を行います。

初富スマイルキッズ園長宛

園児名	
病名又は症状	
薬品名	
処方薬用法	1日 回 【朝・昼・夕・就寝前】 与薬期間：令和 年 月 日～令和 年 月 日 (*与薬期間2週間とし、継続する場合は再記入をお願いいたします。)
注意事項	

令和 年 月 日

医療機関名

電話番号

医師名

印

与薬願い (保護者記入)

医師と相談の結果、保育時間中に与薬が必要となりました。保育園で園児_____に対して医師の指示通り行っていただきたくお願いいたします。

上記の行為におきまして、何らかの問題が生じたとしても、初富スマイルキッズに対して一切の責任は問いません。

上記の文章に同意いたします。

令和 年 月 日

保護者氏名

印

【注意事項】

* 事前に医師と相談し、保育園での与薬がどうしても必要と指示が出た場合に限りお預かりいたします。

(保育園に通園していることを必ず医師に伝え、家庭で与薬出来るようお伝えください。)

* こちらの与薬指示書に加え、与薬依頼書(裏面に記入)、薬剤情報提供書又はお薬手帳(コピー可)を添えて、直接保育士に手渡ししてください。

* 薬は原則1日1回分のみお預かりします。日付、名前を薬袋、容器に記入してください