与薬申込書（保護者記載）

＊与薬を必要とされる方はこの申込書と薬剤情報提供書をご提出ください

私は貴園において保育時間内に子どもに与薬をしていただきたいので申し込みます。
つきましては保護者の責任のもと、下記の通りに与薬をお願いいたします。

申込日：　　年　　月　　日

園児名	男　・　女
生年月日	西暦　　年　　月　　日　　歳　　ヵ月
保護者氏名	
＊連絡先 （TEL）	＊いつでも確実に連絡できる場所、連絡方法を記載してください。

病名		
薬の名前		
薬の作用	抗生物質　・　抗けいれん薬　・　抗アレルギー薬　・　かゆみ止め　・　その他（　　）	
種類や量 与薬時間	散薬（粉薬） １回に　　包　　昼食前・昼食後	水薬（シロップ） １回に　　目盛　　昼食前・昼食後
	座薬 １回に　　個　　発熱時（　　℃で）	外用薬（ぬり薬・目薬等） １日　　回　　シャワー後・シャワー前 その他（　　）
期間	年　　月　　日　～　　年　　月　　日　　最長６か月まで	
処方日	年　　月　　日に処方されました	
処方医師	先生	医院・病院
特記事項		

＜与薬にあたっての約束事項＞
・この与薬申込書は必ず保護者が記載してください
・事前に医師と相談し、保育時間内の与薬がどうしても必要になった場合に限り申込んでください。
（処方の際、通園・在園していることを伝え、可能な限り家庭での与薬となるよう相談してください）
・与薬は医師が処方した薬に限ります（市販薬不可）　薬剤情報提供書を添えて提出してください
また、家庭で１回以上服用させて、副作用などの問題がないことを確認してから持参してください
緊急薬（熱性けいれん予防のための座薬、エピペンなど）で、１回以上の服用・使用がまだの場合は、主治医にご相談の上、その旨園にお知らせください。
・薬は最長６か月間園でお預かりできます。その後、一旦返却いたしますので、必要であれば再度お申込みください。
・薬は１回ずつに分けて、お子さんの名前、薬品名、日付・与薬時間を記載し、１回分のみ持参してください（水薬は１回分を別容器に入れてください）
・必要があれば医師の診断書を提出していただくことがあります

	受容者	投与者	年月日	受容者	投与者	年月日
園記入						