

# 与薬投与依頼書



※内服する薬は1回分にして持参して下さい。  
 ※薬にも日付と氏名を記載し、与薬依頼書と一緒に職員に手渡ししてください。

NURSERY SCHOOL

|           |   |          |
|-----------|---|----------|
| 申請区分      | <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 継続   |          |
| 提出日       | 20 年 月 日  |          |
| ふりがな      |   |          |
| 園児氏名      |   |          |
| 性別        | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女   |          |
| 生年月日      | 20 年 月 日  |          |
| 年齢        | 歳   |          |
| クラス       | <input type="checkbox"/> Pre~K1-courageous(グリーン)<br><input type="checkbox"/> K2-challenge(ブルー)<br><input type="checkbox"/> K3-advance(ゴールド) |          |
| 与薬期間      | 20 年 月 日 <input type="checkbox"/> のみ <input type="checkbox"/> から 月 日まで  |          |
| 病名(または症状) |   |          |
| 医療機関名     |   |          |
| 薬の種類      | 粉薬  | ( )包/1回  |
|           | シロップ  | ( )本/1回  |
|           | 軟膏・クリーム   | 部位:( )   |
|           | 目薬  | 左目・右目・両目 |
|           | その他   |          |
| 薬の使用法     |   |          |
| 薬の使用期間    | <input type="checkbox"/> ランチ後 <input type="checkbox"/> ランチ前 <input type="checkbox"/> その他  |          |

与薬依頼にあたって、下記の事項を了承の上、ご署名をお願いします。

## 【保護者同意事項】

|  |                             |
|--|-----------------------------|
| ・当園職員は、医師の指示に基づき、保護者と同じ方法で与薬します。         | <input type="checkbox"/> 承認 |
| ・当園職員は医療行為は行いません。                        | <input type="checkbox"/> 承認 |
| ・解熱剤・座薬は投与いたしません。                        | <input type="checkbox"/> 承認 |
| ・市販薬(風邪薬・下痢止め等)はお預かり・与薬いたしません。           | <input type="checkbox"/> 承認 |
| ・依頼された与薬により病状の急変や後遺症が生じても、当園は一切責任を負いません。 | <input type="checkbox"/> 承認 |

保護者署名：

日付： 年 月 日

(職員記載欄)

|          |  |
|----------|--|
| 与薬者      |  |
| 与薬時間     |  |
| 薬を受け取った人 |  |