

(注) 主治医及び保護者の方へ

園に薬剤管理をする職員はおりません。与薬をする子どもが増えるに伴い誤与薬の可能性も高まります。通園中にどうしても与薬が必要な薬（食物アレルギー治療のインターールなど）を除き、投薬時間や回数に配慮し、できるだけ家庭で与薬が済ませられるようにご協力ください。（千葉市医師会保育所嘱託医部会）

与薬指示書

下記の園児について、当院で加療中ですが、登園の際は保護者に代わり、与薬をお願いします。

園名：花見川さくら学園 氏名 _____

病名(または症状) _____

薬の処方内容（該当するものに○印）

<形状> ・散(1回 袋) ・液(1回 cc) ・錠剤(1回 錠) ・その他()

<内容> ・抗生物質・咳止め・痛み止め・下痢止め・鼻止め・抗アレルギー・その他()

<園での与薬時刻> ・食前 ・食後 ・その他()

<処方期間> 月 日～ 月 日

<注意事項>()

平成 年 月 日 医療機関 住所

電話

医師氏名 _____ 印

与薬依頼書（保護者記入欄）

花見川さくら学園 御中

上記の通り、保護者に代わり与薬をお願いします。

平成 年 月 日

組・園児氏名 _____ 保護者氏名 _____ 印

与薬確認欄（職員記入欄）

薬を預かった職員()

薬を飲ませた職員()

薬を飲ませた時間(時 分)

与薬日：平成 年 月 日

園長印