ひまわり保育園 与薬依頼書

令和 年 月 日

ひまわり保育園 御中

医療機関名

医師名

印

次の園児に対して、下記の通り与薬を依頼します。

園児名

保護者名

印

受診日	年 月 日
与薬の理由（病名）	
薬の種類	水薬・座薬・散薬・エピペン・その他（ ）
与薬の期間	年 月 日 から 年 月 日 まで
与薬の時期	食前 ・ 食間 ・ 食後 ・ その他（ ）
保存方法	常温 ・ 冷蔵 ・ その他（ ）
使用期限	年 月 日 まで
与薬にあたっての指示	

※熱性痙攣対応の場合、使用する目安となる体温を必ずご記入ください。

お願い

- 園での与薬は基本的に行っておりません。受診の際にはその旨をお伝えいただき、保育時間に与薬が無いように薬の処方をご依頼ください。
- 医師の判断により保育時間中に与薬が必要である場合（溶連菌、熱性痙攣、重度のアレルギー等）は例外となりますので、医師が記入した本様式を園にご提出ください。
- 薬は一回分を袋に入れ、それにフルネームを記入してお持ちください。
- 上記の要件を満たさない場合はお受けしかねますので、ご了承ください。