当園における与薬について

こども園みらい

・与薬につきましては、各家庭で実施していただくのが原則です。
　やむを得ず園での与薬が必要な場合のみ与薬いたします。
・与薬の必要がある場合は、与薬依頼書に必要事項を記入の上、薬の説明書と一緒に 1 回分を職員に手渡ししてください。（職員室の窓口で受け取ります）
・与薬依頼書は与薬が続く場合も期間中は毎日ご提出ください。
・与薬依頼書は園で保管いたしますので、与薬終了後は返却をお願いいたします。
・与薬依頼書や薬の説明書がない場合や市販の薬は与薬できませんのでご了承ください。

記入例

与薬依頼書　　こども園みらい

太枠内をご記入ください

依頼日	令和●　年　○　月　△　日（月　）					
園児名	さくらんぼ　組　名前　こども　みらい					
病院名	●●クリニック					
病名	気管支炎					
薬の名前	ワイドシリン					
薬の種類	(粉薬)　1 包　みずくすり　ml 錠剤　錠　目薬（右・左・両目　回） 塗り薬（部位　）					
時間	食前　(食後)　食間 その他					
与薬月日	9 /1	9/2	/	/	/	/
受け取り者	△△	□□				
薬の説明書						
与薬者	□□	○○				
与薬時間	11:30	11:25				

※薬の説明書と共に、1 回分を職員に必ず手渡ししてください。
与薬終了後は与薬依頼書を園で保管するためご返却をお願いします。

保護者様控え

さくらんぼ　組　名前　こども　みらい						
与薬月日	9 /1	9 /2	/	/	/	/
与薬者	□□	○○				
与薬時間	11:30	11:25				

与薬依頼書

こども園みらい

太枠内をご記入ください

依頼日	年　月　日（　）					
園児名	組　名前					
病院名						
病名						
薬の名前						
薬の種類	粉薬　包　みずくすり　ml 錠剤　錠　目薬（右・左・両目　回） 塗り薬（部位　）					
時間	食前　食後　食間 その他					
与薬月日	/	/	/	/	/	/
受け取り者						
薬の説明書						
与薬者						
与薬時間						

※薬の説明書と共に、1回分を職員に必ず手渡ししてください。

与薬終了後は与薬依頼書を園で保管するためご返却をお願いします。

保護者様控え

組　名前						
与薬月日	/	/	/	/	/	/
与薬者						
与薬時間						

与薬依頼書

こども園みらい

太枠内をご記入ください

依頼日	年　月　日（　）					
園児名	組　名前					
病院名						
病名						
薬の名前						
薬の種類	粉薬　包　みずくすり　ml 錠剤　錠　目薬（右・左・両目　回） 塗り薬(部位　)					
時間	食前　食後　食間 その他					
与薬月日	/	/	/	/	/	/
受け取り者						
薬の説明書						
与薬者						
与薬時間						

※薬の説明書と共に、1回分を職員に必ず手渡ししてください。

与薬終了後は与薬依頼書を園で保管するためご返却をお願いします。

保護者様控え

組　名前						
与薬月日	/	/	/	/	/	/
与薬者						
与薬時間						