

与薬申込書

(保護者記載)

私は、貴園において保育時間内に子どもに与薬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。

申し込み先： _____ 園長殿 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

| | |
|-------------|----------------------------|
| 園児名 | 男・女 |
| 生年月日 | 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日 |
| 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。

| 与薬内容 | |
|-----------------|---|
| 病名 | |
| 薬の名称 | |
| 薬の分類 | 抗けいれん薬 ・ 内分泌疾患治療薬 ・ 強心薬 ・ 抗ヒスタミン薬その他 () |
| 種類や量与薬時間 | 散薬(粉薬) 1回 _____ 包 昼食前・昼食後・どちらでも |
| | 水薬(シロップ) 1回 _____ 目盛 昼食前・昼食後・どちらでも |
| | 座薬：医師による指示()内・該当に○ 1回 _____ 個 発熱時(_____ ℃) ・挿入 30分(_____ 分)以内に排便したら再挿入 ・再挿入不可 ・保護者に連絡のうえ再挿入 |
| | 外用薬(塗り薬など) 1日 _____ 回 |
| 申し込み書の期間 | 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日 最長 _____ か月まで・年度内 |
| 保管方法 | 室温 ・ 冷蔵庫 ・ その他 () |
| 処方日 | 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日に処方されました。 |
| 処方した病医院名と医師電話番号 | |
| 併用禁止薬などの特記事項 | 抗ヒスタミン薬は、東京都食物アレルギー緊急時対応マニュアルに従う |

＜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。
「病名」「薬の作用」以外で、不明な点は薬剤師さんにおたずねください。
それでも、不明な点は処方を受けた病医院に問い合わせしてください。
- ・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し込んでください。
(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。
ない場合は、お薬手帳のコピーで結構です。
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。
- ・散薬(粉薬)は1回ずつ分けて、お子さんの名前、薬品名、日付・与薬時間を記載し、1日分のみ持参してください。
ただし、座薬は排便による再挿入が可能な場合は、2回分を持参してください。
- ・園が必要とした場合には、医師に診断書を書いていただいでください。(診断書は有料です。)