

# 与薬依頼書

依頼日 年 月 日

園児氏名	クラス	生年月日
------	-----	------

チェック  **処方薬** 必要事項をご記入の上、1回分の薬に名前を記入し、園職員室までご提出ください。  
※市販薬はお預かりできません。

病名	
薬の種類	水薬 ・ 粉薬( )袋 ・ 錠剤( )錠
薬剤名	
薬の作用	
服用時間	食前 ・ 食後 ・ その他( )

チェック  **緊急時処方薬**

アレルギー原因物質/病名			
緊急時の対応	使用の目安 「例:誤食した場合すぐに服用」 その他、主治医から指示されている内容		
内服薬			
吸入薬			
自己注射薬			
外用薬			
その他			
緊急体制申し合わせ事項	原因食品摂取後に症状が出現した場合(使用薬を含む)		
皮膚症状に変化 →			
呼吸器症状に変化 →			
消化器症状に変化 →			
全身症状に変化 →			
その他の注意事項			
薬の保管方法			
緊急連絡先 (優先順位順)	氏名	続柄	電話番号
	1		
	2		
かかりつけ以外、緊急搬送する 医療機関がある場合	医療機関名:		
	電話番号:		

認定こども園みくにひじり幼稚園

原則として与薬の代行は行っておりませんが、医師が特に必要と認めたものに限って与薬することになっています。  
お手数をおかけいたしますが、以下にご記入いただきますようお願いいたします。

年 月 日

医療機関名

主治医名

(印)