

# お薬をお預かりする時のお願い

① 与薬指示書

② 与薬連絡票

③ 薬剤情報提供書

の提出をお願いします。

お薬をお預かりする時には

①【与薬指示書】 ➡ 医師記入

②【与薬連絡票】 ➡ 保護者の方記入

③ 薬剤情報提供書

2枚とも  
必要です

※記入見本を参照のうえご記入ください。

以上、3点の提出が必要になります。よろしくお願いします。

## 必ず名前を書いてください(氏名・薬品名・いつ使用するか)

**内服薬** (中耳炎・とびひ・溶連菌感染症・アナフィラキシーショックの既往がある場合)

ひとつひとつの袋や容器に **氏名・薬の名称・いつ服用するか**

内服薬は、その日に内服するお薬のみお預かりします。



**座薬** (熱性けいれんの既往がある場合)

袋にいれ、その **袋に 氏名・薬の名称・どういう時に使用するか**



**目薬** (花粉症で目の症状がひどい時)

目薬の **容器に直接 氏名・いつ使用するか** (袋があれば袋にも)



**軟膏** (アトピー性皮膚炎)

ひとつひとつの袋や容器に **氏名・薬の名称・どういう時に使用するか**

お手数をおかけしますが、誤薬を防ぐためご協力よろしくお願いします。

# 与薬連絡票 (保護者記載用)

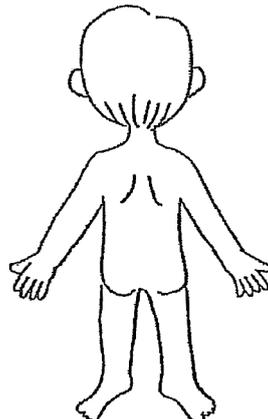
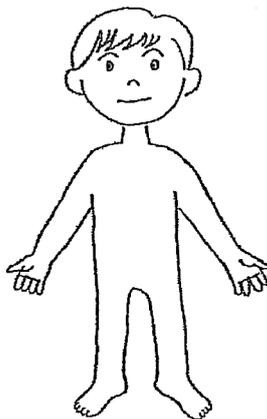
令和 年 月 日 記

依頼先	岡本こもればび保育園
依頼者	保護者氏名 連絡先：電話 ( )
	子ども氏名 男・女 歳 ヶ月
主治医	( 病院・医院 ) 電話 ( )
病名 (又は症状)	
処方内容 (薬名・数量・使用方法)	
持参する薬の処方日	令和 年 月 日
薬の剤型	散剤・水薬・座薬・外用薬 ( ) その他 ( )
薬の作用	薬剤情報提供書 あり・なし
薬の保管方法	室温・冷蔵庫・遮光
園での使用方法 (具体的に)	
その他の注意事項	
使用期間 (最長1年間)	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日まで

## 保育園記載欄

園での保管場所	
面談	令和 年 月 日 面談 出席者：

## 外用薬部位記入



外用薬受領者

# 与薬指示書

患者名	男・女
生年月日	令和 年 月 日生
病名 (慢性疾患)	
処方内容 (薬名・数量・飲む回数・塗る回数)	薬剤情報提供書のとおり または
薬理作用	薬剤情報提供書のとおり または、強心剤 抗不整脈剤 利尿剤 かゆみ止め 抗けいれん薬 その他 ( )
<b>保育園で与薬する場合</b>	
数量と1回分量	散剤 水薬 座薬 外用薬 包 ml 個 ( mg) ( )
与薬時間	昼食前 昼食後 その他 ( )
期間	令和 年 月 日～令和 年 月 日まで *但し、最長1年以内とする
特記事項	

保護者 様

令和 年 月 日

医療機関名  
医師名  
医療機関所在地  
電話

## 与薬指示書

見本

患者名	岡本花子	男・ <input checked="" type="radio"/> 女
生年月日	令和 4 年 5 月 7 日生	
病名 (慢性疾患)	熱性けいれん	
処方内容 (薬名・数量・飲む回数・塗る回数)	薬剤情報提供書のとおり または	
薬理作用	薬剤情報提供書のとおり または、強心剤 抗不整脈剤 利尿剤 かゆみ止め 抗けいれん薬 その他 ( )	
保育園で与薬する場合		
数量と1回分量	散剤 水薬 <input checked="" type="radio"/> 座薬 外用薬 包 ml 個 ( mg) ( )	
与薬時間	昼食前 昼食後 その他 ( 熱が38度に達した時 )	
期間	令和 5 年 4 月 1 日～令和 6 年 3 月 31 日まで *但し、最長1年以内とする	
特記事項		

保護者 岡本大介 様

令和 5 年 4 月 1 日

医療機関名 国立○△□病院  
医師名 保田 育子  
医療機関所在地 世田谷区○△□1-2-3  
電話 03-1234-5678