

### 保護者の皆様

シェ・ママンでは、原則としてお薬の投与は行っておりません。  
医療機関を受診される際は、保育園に通っていること、当保育室では原則として投薬を行っていないこと  
保育時間帯などを医師に伝え、できるだけ、朝・晩の2回や保育時間帯を避けて服用できる方法・お薬を  
処方していただくようにしてください。  
どうしても保育時間中の服用が必要な場合にのみ、与薬を承ります。 施設長

- ◎本与薬依頼書の記入は、必ず保護者が行ってください。
- ◎お薬は医師の処方箋に基づくものに限りませす。
- ◎薬剤は1回分に小分けしていただき、当日使用分(1回分)のみお預かりします。
- ◎中身の分かる袋等に入れ、お子様のフルネームを記入して下さい。
- ◎連絡ノートにもお薬を持参している旨を記入の上、登室時、受け入れのスタッフに一式を手渡ししてください。
- ◎長期与薬が必要な場合、持病・副作用の懸念があるお薬の場合は、事前にご相談ください。
- ◎手続きが整っておりませんと与薬を承れませんので、ご了承ください。

### 与薬依頼書

平成 年 月 日

保護者氏名 \_\_\_\_\_  
お子様の名前 \_\_\_\_\_ 組

医療機関(医師)名			
病名又は症状			
持参したお薬の処方日	平成	年	月 日
お薬の種類・数量			
粉薬	( )種類	・ 計 ( )包	備考
シロップ	( )種類	・ 計 ( )個	備考
軟膏	( )種類	・ 計 ( )個	備考
点眼	( )種類	・ 計 ( )個	備考
その他	( )種類	・ 計 ( )個	備考
与薬時間帯(○でかこむ)	昼食前	昼食後	その他
登室直前の症状			
登室直前の体温	℃		

受付保育士	投与保育士	与薬時間	:
-------	-------	------	---

連絡事項
-----
-----