与薬依頼書（保護者記載用）

※処方内容に変更のない限り、１年間を限度として有効とします。

年　　月　　日

学校法人高橋学園　もえぎ野幼稚園　殿

保護者　　印

園児名

男・女（　　年　　月　　日生）

緊急連絡先（電話）

以下、①～⑥について確認及び同意し、与薬依頼書を提出します。

①　本表に記載された内容を幼稚園内に共有することに同意します。

②　児童の症状等により，主治医等関係者に必要な事項を連絡・照会することに同意します。

③　時間与薬の必要なものを除き、与薬にあたっては原則事前に主治医や保護者に予め相談することとするが、食物などのアレルギー症状や熱性けいれん、てんかん発作等、緊急を要するとき、その医療用医薬品の使用については、園にその判断を委ねることに同意します。

④　③も含み、与薬に伴い生じた一切の結果に関するすべての責任は保護者が負うものとし，与薬に関わった者や園に対して責任を問わないことに同意します。

⑤　下記、保護者記入欄の内容は正確であり、記入漏れがないことを確認します。

⑥　持参した薬は、
- **医師が処方した薬です。**
- **薬は１回ずつに分けています。**
- **薬の袋や容器に子どもの氏名を明記しています。**

１．主治医：　　（　　病院・医院・クリニック） 連絡先（電話）： 住所：
２．病名： 主な症状： 園生活における注意事項：
３．持参した薬 １）薬品名：　　（使用期限：　　） ２）剤型： 飲み薬：　散（粉薬）　・　シロップ　・　錠 外用薬：　塗り薬　・　座薬　・　その他（　　） ３）使用方法（いつ、何時に、どんなときに等、具体的に書いてください。
４．保管 室温　・　冷蔵庫　・　その他（　　）
５．その他注意事項

注：裏面、使用日以下は幼稚園で記入

・園記入欄

受領日					
受領サイン(入)					
返却サイン(出)					
使用日					
投薬時間					
使用者サイン					
受領日					
受領サイン(入)					
返却サイン(出)					
使用日					
投薬時間					
使用者サイン					
受領日					
受領サイン(入)					
返却サイン(出)					
使用日					
投薬時間					
使用者サイン					