巻末資料１：**投薬願**・・・コピーしてご使用ください。　　　　2025.4.1

●　お薬はできるだけご家庭での投薬をお願いしています。かかりつけ医に朝晩２回の

分二薬をご相談ください。やむを得ず日中に投薬が必要な場合は、

**①投薬願　+　②薬剤情報提供書**（処方箋やお薬手帳)**コピー　+　③１回分の薬（記名）**

**の3点を職員に手渡し**して下さい。

●　同じ内服薬であれば３日間は同じ書類が有効です。投薬の初日に上記３点を園に提出

してください。　翌日も投薬継続する場合は**③１回分の薬（記名）**のみ職員に手渡し

して下さい。　（外用薬の場合、投薬願は1カ月有効とします）

●　お迎え時、保護者の方に投薬のご報告をして投薬願にサインしていただきます。

●　記入もれや処方箋等がない場合は、安全のため投薬できません。ご注意下さい。

●　初めてのお薬は安全のため必ずご家庭で一度お試しください。

●　投薬期間が長期の場合や緊急時用の預かり薬などについてなどは園にご相談ください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **投薬願**※太枠内をすべてご記入ください | | | | | | | | |
| **✓してください　　　□　薬剤情報提供書（処方箋やお薬手帳）コピー　添付**  **□　１回分の薬（記名）　添付**（水薬は１回分を分けて持参）  **□　初回投与は家庭で行い特に問題ありませんでした。** | | | | | | | | |
| 依頼日：　　　年　　　月　　　日 | | | | | 依頼先：　桜の詩保育園 | | | |
| 組： | | | | | 園児名： | | | |
| 病院名： | | | | | TEL： | | | |
| 病名（または症状）： | | | | | | | | |
| 投薬期間：　　月　　日（　　）　～　　　月　　日（　　）**←内服薬は３日間有効** | | | | | | | | |
| 投薬時間：**食前・食後**（　　分以内）　または　**午前／午後　　　時　　　分頃**  ※その他の指示： | | | | | | | | |
| 薬剤名 | | （　　　年　　月　　日処方） | | | | | | |
| 保管方法 | | 室温・冷蔵庫・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　） | | | | | | |
| 薬の剤型 | | 1. 内服薬→粉・液（シロップ）・その他（　　　　　　　　 　　　　　） 2. 外用薬→点眼・塗り薬・その他（　　　　　　　　　　　 　　　　） | | | | | | |
| その他注意 | | ※外用薬などの使用法や使用箇所 | | | | | | |
| 日付 | 受領者印 | | 確認者印 | 投与者印 | | 投与時間 | 状況等 | 保護者確認欄 |
| **/** |  | |  |  | | **：** |  |  |
| **/** |  | |  |  | | **：** |  |  |
| **/** |  | |  |  | | **：** |  |  |