

与薬同意書

オルカキッズ保育園では、看護師や薬剤の専門職員が在籍していないため、原則として与薬は行っておりません。お薬はできるだけ、医師に朝夕での処方をお願いして下さい。保育中にどうしても与薬が必要な場合に限り、本指示書のご提出、及び保護者の署名・同意をもって対応を行います。

園児名		日付： 年 月 日 ※塗り薬は～1ヶ月と記載
薬品名 薬理作用	<input type="checkbox"/> 薬剤情報提供書のとおり <input type="checkbox"/> その他 ()	
与薬時間	昼食 <input type="checkbox"/> 前 <input type="checkbox"/> 後 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 時間指定 時 分頃	
保管場所	<input type="checkbox"/> 室内 <input type="checkbox"/> 冷暗所 <input type="checkbox"/> その他()	
注意事項等 (1回分の分量、 箇所など)		
保護者確認欄	<input type="checkbox"/> スタッフに薬を手渡した(飲み薬の場合は1回分)	
	<input type="checkbox"/> 薬局から発行された 薬の説明書を手渡した(一定期間投薬する場合、初回のみ) 上記確認致しました。	

本書類と、薬の説明書(コピー可)を添えて直接職員 に手渡して下さい。

薬は包装に投薬日付・薬名・名前/塗り薬は容器に薬名・名前を書いてください。

下記の署名と捺印をもって保護者は上記事項を確認、及び投薬に同意したものとします。

保護者署名：

印

当園記入欄	受領者名			
	与薬者名		与薬時間	時 分
	返却者名			