

与薬に関する医師依頼書

主治医 様

下記の児童生徒につきまして、健康管理の一環として、幼稚園・学校での活動における与薬の依頼を保護者から受け、与薬を実施する方針です。つきましては、以下の依頼書に必要事項のご記入をお願い致します。

軽井沢風越幼稚園・軽井沢風越学園

児童生徒名 _____ 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

● 診断名等

診断名	
症状	

● 薬の内容と服薬期間

薬品名	
薬の内容	内服薬： 粉 ・ 液体 ・ 錠剤 ・ その他（ _____ ）
当てはまるものに○	外用薬： 塗布薬 ・ 点眼薬 ・ その他（ _____ ）
与薬の時間（状況等）	食前 ・ 食後 ・ 食間 ・ その他（ _____ ）
保管方法	常温 ・ 冷蔵庫 ・ その他（ _____ ）
その他	（注意事項等ありましたらお知らせください。）

_____ 年 _____ 月 _____ 日

医療機関名（主治医名）
連絡先等

（保護者記入欄） 上記の通り、医師の指示をいただきましたので与薬を依頼いたします。

保護者氏名 _____

- 与薬依頼期間 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日
- その他の伝達事項（与薬の際に必要な支援等、具体的にご記入ください）

【学校での与薬の依頼について】

保護者のみなさま

子どもたちの健康管理の一環として、医師の指示、および、保護者のみなさまからの依頼の下、幼稚園・学校での活動における与薬を実施します。

つきましては、裏面の指示事項等について医療機関にてご記入いただき、保護者のみなさまに内容をご確認いただいた上で、書面にて、学校へご提出ください。

* 与薬については、必ず医師の指示を受けてください。

* 適切に与薬をおこなうために、医師からの処方や指示に変更があった場合には、新たな「与薬依頼書」を提出していただきますよう、お願いいたします。

* 「与薬依頼書」は、原本を学校で保管させていただき、スキャンしたデータをtyphoonで共有させていただきます。

* 「持参する薬」については、分量等の誤りがないよう、一回分ごとに、その日に必要な分だけ、持たせるようお願いいたします。

（塗り薬や点眼薬など、一回分に分けることが難しいものについては、別途、使用量等を確認させていただきます。）

* ご不明な点等ありましたら、typhoonの連絡ノートチャンネルで、お知らせください。