

# 食物アレルギー専用与薬依頼書

下記の園児について医師の診断を受けたところ、下記の保護者記入欄の内容のとおり指示がありましたので、家庭に代わり園での与薬をお願いいたします。

- 持参した薬は ①医師が処方した薬です。  
②薬は1回ずつに分けています。当日分のみ持参しました。  
③薬の容器や袋に子どもの名前を明記しています。  
④施設職員に直接手渡しいたします。

## 記

### (保護者記入欄)

氏名 園児クラス・年齢	氏名： ( 組 ) ( 歳 )
医療機関名	病院名： 主治医： 連絡先：
病名(症状)	
薬剤名	
薬の処方日	年 月 日から ~ 年 月 日まで
薬の保管方法	常温・冷蔵庫・その他 ( )
与薬すべき状態等	
飲み薬について	抗生物質・気管支拡張剤・その他 ( )
	粉末 ( 種類 袋 ) ・シロップ ( 種類 瓶 ) ・その他 ( )
	与薬時間   食前・食後・その他 ( )
その他の薬について	種 類 (点眼薬・軟膏・保湿剤・その他 )
	使用部位
	使用時間

### (保護者確認事項)

- ・上記の保護者記入欄の内容は、正確であり記入漏れはありません。
- ・上記園児の症状等により、緊急連絡先に基づいて保護者等に連絡することを承諾します。
- ・上記園児の症状等により、主治医等関係者に必要事項を連絡・照会することを承諾します。
- ・尚、与薬に伴い生じた一切の結果に関するすべての責任は私が負うものとし、与薬に関わった者の責任を問うことはありません。

記入日 年 月 日 保護者氏名： \_\_\_\_\_

### (園記入欄)

与薬日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
与薬者サイン						
与薬時間						
実施状況等						
保護者サイン						

※与薬が終わりましたら、この食物アレルギー専用与薬依頼書は園で保管いたします。