与 薬 証 明 書

依頼日　　　　年　　　月　　　日　　　　園児名　　　　　組

（以下　医師記載）　　　　保護者名

病　名・症　状

薬の名前・効果

該当するものに○印をつけてください。また、() 内に必要量を記載してください

水薬（　　　　ml/回）　粉薬
錠剤（　　　　錠/回）　目薬　　塗り薬
その他（　　　　　　　　　　　　）

与薬時間（内服薬）　該当するものに○印をつけてください。

食前　　食後　　その他（　　　　　　　　　　　　）

塗り薬　塗布する場所：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

目薬　　右目　・　左目　＿＿＿＿滴/回　　点眼周期：＿＿＿＿＿

月　　　日より　　　　日間
保育中の与薬の必要のある事を認めます

年　　　月　　　日

医療機関名

住所

医師氏名　　　　　　　　　　　　印

（以下　保護者記載）

内服方法　例）そのまま口に入れて　水で溶かして　団子状にして　等

＜注意事項＞

1．本証明書はやむを得ず園で与薬が必要と認めた時に限ります。
（原則、園では与薬は行いません）

2．薬に必ず**記名**して下さい。**内服薬は１回分をお持ち下さい。**

3．薬は**病院で処方された袋の中に入れて**ご持参下さい。
処方された薬の袋が無い場合は**薬の説明書**を添付してください。

園長	主任	看護師	担当

与薬記録（職員記載）該当者は各欄にサインする。その日の与薬が完了したら与薬確認欄にレ点を記入する。

与薬日	受取者	与薬者	立会者	与薬確認	備考
月　　日（　）					
月　　日（　）					
月　　日（　）					
月　　日（　）					
月　　日（　）					