

## 与薬依頼書

主治医と相談の結果、医師の指示により認定こども園での保育時間における与薬が必要になりました。ついては、保護者の責任において、与薬の依頼をします。

保護者氏名 \_\_\_\_\_ (印)

児童氏名 \_\_\_\_\_

処方日 : \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

病名 : \_\_\_\_\_

医療機関名 : \_\_\_\_\_

お薬を処方されるまでの経過をお書きください。

例：〇月〇日より鼻水が出て受診したため

### 薬剤名及び与薬方法

内服薬	薬の内容	<input type="checkbox"/> かぜ薬(鼻水・咳・たん) <input type="checkbox"/> 抗生物質 <input type="checkbox"/> 整腸剤 <input type="checkbox"/> その他( )		
	形状	<input type="checkbox"/> シロップ(液体)	<input type="checkbox"/> 粉薬	<input type="checkbox"/> 錠剤
	量	1回に _____ cc 種類	1回に _____ 包 種類	1回に _____ 錠 種類
	方法	<input type="checkbox"/> スポイト <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> そのまま飲める <input type="checkbox"/> 水に溶く <input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> そのまま飲める <input type="checkbox"/> 水に溶く <input type="checkbox"/> その他( )
	時間	<input type="checkbox"/> 食前 <input type="checkbox"/> 食後	<input type="checkbox"/> 食前 <input type="checkbox"/> 食後	<input type="checkbox"/> 食前 <input type="checkbox"/> 食後
外用薬	薬の内容	<input type="checkbox"/> 抗生物質 <input type="checkbox"/> ステロイド <input type="checkbox"/> その他( )		
	種類	<input type="checkbox"/> 点眼薬 <input type="checkbox"/> 点鼻薬 <input type="checkbox"/> 点耳薬 <input type="checkbox"/> 軟膏 <input type="checkbox"/> その他( )		
	量と部位	1回に _____ 種類 【 右 ・ 左 ・ 両方 】		

#### 軟膏の部位と塗り方

塗る部位	薬剤名	塗り方の手順

受付日時	/	/	/	/	/	/
保護者サイン						
受付保育士サイン						
投薬保育士サイン						
園長サイン						



# 勤務証明書

社会福祉法人 治栄会

認定こども園内代まつのはな保育園 園長 宛

年 月 日

保護者記入欄

児童氏名		生年月日	( 年 月 日生)
		生年月日	( 年 月 日生)
		生年月日	( 年 月 日生)

※以下、事業所記入欄(保護者が記入した場合は無効となります)

下記の者について、次のとおり在職していることを証明します。

氏名			
本人住所			
勤務先名称			
勤務先住所			
勤務先電話番号※:			
職務内容(具体的に)			
勤務日数	日 / 週	週	時間勤務
通常勤務日	月・火・水・木・金 シフト制		
勤務形態	常雇・パート・アルバイト・嘱託・契約・派遣・内職・その他(		
勤務時間	時 分～ 時 分		
通勤時間	時間 分		
休職中の場合	育児・介護休業法等に基づく 育児休業期間	年 月 日 ~ 年 月 日	
	復職予定日	年 月 日	育児休業の短縮 可・不可 育児休業の延長 可・不可

事業所所在地	
事業所名	
代表者名	印
電話番号	

注)この勤務証明書は、勤務先の担当者が事実のとおりにご記入ください。必要に応じ、

勤務先に問い合わせることがあります。

注)勤務条件(退職・時間)が変更の時は、変更手続きをお願いします。

注)勤務時間は休憩時間を含む労働契約上の正規の時間をご記入ください。

※: 病気、ケガ等の時に必ず連絡が取れる電話番号(携帯不可)

認定こども園内代まつのはな保育園

TEL 06-6921-5515

# 土曜勤務証明書

社会福祉法人 治栄会

認定こども園内代まつのはな保育園 園長 宛

年 月 日

保護者記入欄

児童氏名		生年月日	( 年 月 日生)
		生年月日	( 年 月 日生)
		生年月日	( 年 月 日生)

※以下、事業所記入欄(保護者が記入した場合は無効となります)

下記の者について、次のとおり在職していることを証明します。

氏名			
本人住所			
勤務先名称			
勤務先住所			
勤務先電話番号※:			
職務内容(具体的に)			
勤務回数	回 / 月	日	時間勤務
土曜勤務	シフト制( 有 ・ 無 )		
勤務形態	常雇 ・ パート ・ アルバイト ・ 嘱託 ・ 契約 ・ 派遣 ・ 内職 ・ その他(		
勤務時間	時 分 ~ 時 分		
通勤時間	時間 分		
休職中の場合	育児・介護休業法等に基づく 育児休業期間	年 月 日 ~ 年 月 日	
	復職予定日	年 月 日	育児休業の短縮 可 ・ 不可 育児休業の延長 可 ・ 不可

事業所所在地	
事業所名	
代表者名	印
電話番号	

注)この勤務証明書は、勤務先の担当者が事実のとおりにご記入ください。必要に応じ、

勤務先に問い合わせることがあります。

注)勤務条件(退職・時間)が変更の時は、変更手続きをお願いします。

注)勤務時間は休憩時間を含む労働契約上の正規の時間をご記入ください。

※: 病気、ケガ等の時に必ず連絡が取れる電話番号(携帯不可)

認定こども園内代まつのはな保育園

TEL 06-6921-5515