

お薬依頼書

若夏保育園 園長 様

医師の診察を受けたところ、下記のとおり指示がありましたので保護者に代わり保育園に与薬を依頼します。

※ 必要な箇所を記入し、○印で囲んで下さい。

● 依頼日：令和 年 月 日	
保護者名 _____	
クラス名 _____	組 園児名 _____
病名 又は症状 _____	
処方した病院名 _____	
薬の内容	抗生剤 ・ 咳止め ・ 風邪薬 ・ 整腸剤 ・ その他（ ）
薬の種類	粉薬（ 個） ・ 水薬（ ml） ・ その他（ ）
与薬時間	食前 ・ 食後 ・ 食間（希望時間： 時） ・ その他（ ）
特記事項	

月 / 日 (曜日)	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()
朝、家庭で与薬した時間	:	:	:	:	:	:	:	:
薬を受け取った職員								
薬を与薬した時間	:	:	:	:	:	:	:	:
与薬した担任								

【注意事項】

- ① 与薬はなるべく家庭でおこない、やむ得ない場合のみ受付します。
(自宅にいる間に服用できるように、主治医と相談して下さい。)
- ② お薬は1回分に分けて、お薬依頼書と一緒にして必ず担任に渡して下さい。
- ③ 薬の容器や袋にも氏名を記入して下さい。
- ④ 解熱剤、市販の薬は、保育園では与薬できません。
- ⑤ 保育園での最終与薬後はお薬依頼書を回収しますので、担任に提出して下さい。

インフルエンザ・新型コロナウイルス感染症 登園届

(提出先) 若夏保育園

園児氏名

●保護者の皆様へ（この用紙は登園を再開する際、保育園に提出してください）

インフルエンザ・新型コロナウイルス感染症と診断した際は、太枠部分の記入にご協力をお願いいたします。

※受診時に診断の結果を保護者が記入してください。

診 断 名 (該当するものに ☒)	☐ インフルエンザ (A型・B型・不明)
	☐ 新型コロナウイルス感染症
診断した医療機関名	
受 診 し た 日	令和 年 月 日 ()
発 症 し た 日 ※インフルエンザの場合は発熱した日 ※コロナ無症状の場合は検査した日	令和 年 月 日 ()

○療養期間中の記録（発症日とされた日からの記録を保護者の方がご記入ください）

発症からの 日数	0 日 目 (発症日)	1 日 目	2 日 目	3 日 目	4 日 目	5 日 目	6 日 目	7 日 目	8 日 目
月 日	/	/	/	/	/	/	/	/	/
検 温 (時間)									

※インフルエンザの場合は解熱した日、新型コロナウイルス感染症の場合は症状軽快した日

◎解熱とは1日のうちどこで測っても37.0以下であること

○感染症ごとに登園のめやすを確認し、基準を満たしていれば保護者の方が下記にチェック☒ 印を入れてください。

【インフルエンザ】

(登園のめやす) 発症した後5日（発症した日を0日目とする）経過し、かつ

解熱した後3日（解熱した日を0日目とする）経過していること。

☐ インフルエンザの登園めやすを全て満たしました。

【新型コロナウイルス感染症】

(登園のめやす) 発症した後5日（発症した日を0日目とする）経過し、かつ

症状が軽快した後1日（症状軽快した日を0日目とする）

（無症状感染者の場合は、検体採取日を0日目として5日を経過すること）

☐ 新型コロナウイルス感染症の登園めやすを全て満たしました。

上記のとおり集団生活に支障がない状態ですので、令和 年 月 日より登園を再開します。

保護者氏名（自署）

※わからない事があれば園の方へ連絡下さい。

意見書

若夏保育園園長 殿

入所児童氏名

病名 「

令和 年 月 日から症状も回復し、集団生活に支障がない状態になったので登園可能と判断します。

令和 年 月 日

医療機関名

医 師 名 ㊞又はサイン

麻疹（はしか）、風疹、水痘（水ぼうそう）、流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）、結核
咽頭結膜熱（プール熱）、流行性角結膜炎、百日咳、腸管出血性大腸菌感染症（O157、O26、O111 等）用

意見書

若夏保育園園長 殿

入所児童氏名

病名 「

令和 年 月 日から症状も回復し、集団生活に支障がない状態になったので登園可能と判断します。

令和 年 月 日

医療機関名

医 師 名 ㊞又はサイン

麻疹（はしか）、風疹、水痘（水ぼうそう）、流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）、結核
咽頭結膜熱（プール熱）、流行性角結膜炎、百日咳、腸管出血性大腸菌感染症（O157、O26、O111 等）用

登 園 届 (保護者記入)

若 夏 保 育 園 園 長 殿

入所児童氏名

病名 「 」と診断され、

令和 年 月 日 医療機関名 「 」
において病状が回復し、集団生活に支障がない状態と判断されましたので登園
いたします。

保 護 者 名

溶連菌感染症、マイコプラズマ肺炎、手足口病、伝染性紅斑（リンゴ病）、ウイルス性胃腸炎（ノロ・ロタ・
アデノウイルス等）・ヘルパンギーナ・RS ウイルス感染症・帯状疱疹・突発性発しん 用

登 園 届 (保護者記入)

若 夏 保 育 園 園 長 殿

入所児童氏名

病名 「 」と診断され、

令和 年 月 日 医療機関名 「 」
において病状が回復し、集団生活に支障がない状態と判断されましたので登園
いたします。

保 護 者 名

溶連菌感染症、マイコプラズマ肺炎、手足口病、伝染性紅斑（リンゴ病）、ウイルス性胃腸炎（ノロ・ロタ・
アデノウイルス等）・ヘルパンギーナ・RS ウイルス感染症・帯状疱疹・突発性発しん 用