

《薬の依頼書》

にしの杜保育園

令和 年 月 日

保育時間内に保護者に代わりに与薬して下さるよう依頼します。

児 童 名		保護者名	印
病 院 名		調剤薬局	
病名・症状			
薬の種類	粉薬（1回 袋）・水薬（シロップ cc、目盛）・錠剤（ ） 頓服（ ）・塗り薬（ ）・その他（ ）		
与薬時間	食前・後・食間（時刻 ） ・ その他		
服用期間	月 日 ～ 月 日		

* 保 育 園 記 載 事 項

受取者サイン	与薬者サイン	与 薬 時 刻		
		月 日	(午前・午後)	時 分
		月 日	(午前・午後)	時 分
		月 日	(午前・午後)	時 分
		月 日	(午前・午後)	時 分
		月 日	(午前・午後)	時 分
		月 日	(午前・午後)	時 分
		月 日	(午前・午後)	時 分
		月 日	(午前・午後)	時 分

《保育園よりお願い》

- * お薬は保育園で与薬する分（1回分）だけに名前をつけチャック付き収納パックなどに入れて職員に直接渡してください。
- * お薬は医師の処方した薬に限ります。処方の説明書、指示書のコピーを添付してください。
- * 市販のお薬、点眼薬は原則としてお受けできません。どうしても必要な場合は個別にご相談ください。
- * 与薬期間の終了後、依頼書は保育園で保管させていただきます。ご了承ください。
- * バス利用のお子さんは添乗保育士に渡してください。

