

お薬依頼書

内服薬

記入押印のうえ保育教諭に薬と一緒に手渡し下さい。

市販の薬はお預かりいたしません。

保 護 者 記 載	依頼日 令和 年 月 日 処方日 令和 年 月 日					
	処方箋服薬期間 令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで 日分					
	処方箋服薬期間を過ぎた服薬は受け付けません					
	依 頼 先 認定こども園みつばこども園					
	クラス名	園児名				
	下記に基づき投薬を依頼いたします。					
	保護者名	印				
	病名又は症状					
	病 院 名	TEL				
	薬の内容	<input type="checkbox"/> 抗生物質 <input type="checkbox"/> 咳止め <input type="checkbox"/> 下痢止め <input type="checkbox"/> 整腸剤 <input type="checkbox"/> その他				
投薬時間	昼食前 <input type="checkbox"/> 水薬 <input type="checkbox"/> 粉 <input type="checkbox"/> その他 ()					
	昼食後 <input type="checkbox"/> 水薬 <input type="checkbox"/> 粉 <input type="checkbox"/> その他 ()					
	() 時頃 <input type="checkbox"/> 水薬 <input type="checkbox"/> 粉 <input type="checkbox"/> その他 ()					
保管方法	<input type="checkbox"/> 常温 <input type="checkbox"/> 冷蔵庫 <input type="checkbox"/> その他 ()					
こ ども 園 記 載	日付					
	薬受取者					
	投薬時間					
	投薬者					
	備考					

☆くすりが終了しましたらこの用紙はこども園で保管致します。

(保護者様には、コピーをお渡しいたします。)

☆くすりは、必ず1回分のみ、氏名を記入してご依頼下さい。☆

※万が一投薬によって事故が生じた場合、園又は看護師・保育教諭への責任は問いません。