

与薬依頼書

たいゆう保育園

令和 年 月 日

保育時間内に保護者に代わり与薬くださいますようお願いいたします。

児童名	クラス（ ）	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（ 個） 頓服（ ）・塗り薬（ ）・その他（ ）		
与薬方法	食 前 ・ 食 後 ・ 食 間（時刻 ） ・ その他（ ）		
園での服用期間	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

- *注意*
- ・ お薬の説明書等処方日がわかるものを添付してください。 ※太枠の欄のみ記入してください。
 - ・ できるだけ自宅にいる間に内服できるようなかかりつけの医師と相談して下さい。
 - ・ お薬は医師の処方したものに限りです。（市販のお薬は与薬できません）
 - ・ お薬は保育園で与薬する分（1回分）に名前をつけて（袋、容器にも）持たせてください。
 - ・ 依頼書は薬と一緒に袋へ入れて、服用期間中必ず持たせてください。