

与薬依頼票

令和 年 月 日 (曜日) 記

藤島こりす保育園長 様

下記のとおり、与薬を依頼します。

保護者氏名

園児	組 名前		
病名		病院 (医院) 名	
内服期間	年 月 日	～	年 月 日まで

★注意: 薬は原則として家庭で一度使って異常がないことを確認してから、お持ちください。

種類	数量	時間・回数	その他・特記事項
シロップ	種類	食前・食後	
粉・錠剤	種類	食前・食後	
塗り薬	種類	1日 () 回	(塗る部位)
点眼薬	種類	1日 () 回	両方・右のみ・左のみ

★1回分の薬(昼)等書かれた物をお持ちください。(塗り薬、点眼薬はのぞく)

朝や夕と記載された薬、頓服の薬は内服できません。

★薬の小袋、または容器にクラス・名前をはっきり書いてください。

★お薬の説明用紙と一緒にチャック付きの袋(自宅から準備)に入れ玄関の職員に手渡ししてください。(バス登園の子はおたよりばさみに入れてください。)

★保育園で内服確認したら職員がサインをしますので、お家の方も確認後サインをお願いします。

★内服終了の際は内服終了の項目に丸をつけておたよりばさみに入れてください。

用紙は園で保管します。

★この用紙は続けて6日間までは使用することができます。

★土曜日は、与薬する看護師が不在の為、お薬はお預かりしていません。

(持病または特別な病気の場合はご相談下さい)

日付	/	/	/	/	/	/
与薬職員 受取職員サイン	/	/	/	/	/	/
保護者 確認サイン						

以下あてはまるものに○を付けてください。

内薬期間が終了しました。(内服終了時)

内服が継続しますので新しい用紙を希望します。(6日以上内服継続の場合)