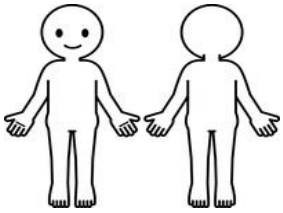
お薬依頼書(アレルギーなど用)

百合が丘ひまわり保育園長殿

医師の指示により、保育時間中における与薬が必要となりました。
保護者の責任において、保育園での園児に対する与薬を下記により行っていただきたく依頼します。

20　年　月　日(　)	保護者氏名		
クラス　虹　星　月　3　4　5	園児氏名		
病院名		処方日	20　年　月　日
病名(症状)		次回受診日	20　年　月　日予定
薬名			
薬の管理	□常温　□冷蔵　□その他(　)		
薬について	□内服	□シロップ　□粉薬(　包)　□錠剤(　錠)	
	□外用	□点眼	□両眼　□右眼　□左眼
		□軟膏	※箇所は下記図に記載
		□貼付	□湿布　□その他(　)
与薬日時	20　年　月　日(　)　～　日(　) □食前　□食後　□その他(　)		
その他 注意事項など			

※薬剤情報提供書又はお薬手帳を必ず添付



●**医師の処方以外の薬は、お預かりできません**。
●**土、日、祝日は、お預かり出来ません。**
●この用紙を記入、**お薬情報とともに持参**してください。
●**1回分のみ**を持参し、**薬1つ1つ全てに記名**してください。
●**登園時に必ず職員に手渡し**してください。(手渡しまたは確認がとれない場合は、与薬できません。)
※内服薬・点眼薬・軟膏薬・貼付薬など全て同様となります。

日付	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
受領者												
投薬者												
返却者												

日付	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
受領者												
投薬者												
返却者												