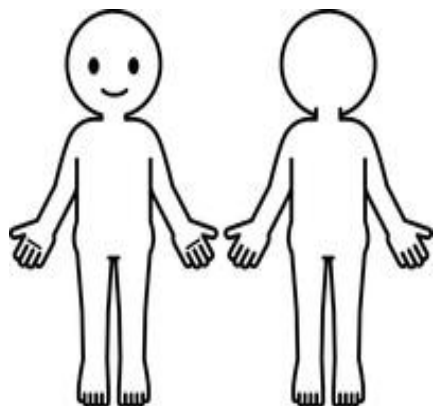


# お薬依頼書(通常用)

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)                     |  |   |
| 薬名                         |  |   |
| 薬の管理                       | <input type="checkbox"/> 常温 <input type="checkbox"/> 冷蔵 <input type="checkbox"/> その他( )                                |   |
| 薬について                      | <input type="checkbox"/> 内服  | <input type="checkbox"/> シロップ <input type="checkbox"/> 粉薬(包) <input type="checkbox"/> 錠剤(錠)                     |
|                            | <input type="checkbox"/> 外用  | <input type="checkbox"/> 点眼 <input type="checkbox"/> 両眼 <input type="checkbox"/> 右眼 <input type="checkbox"/> 左眼 |
|                            |  | <input type="checkbox"/> 軟膏 <small>※箇所は下記図に記載</small>   |
|                            |  | <input type="checkbox"/> 貼付 <input type="checkbox"/> 湿布 <input type="checkbox"/> その他( )                         |
|                            | <input type="checkbox"/> 貼付済 <input type="checkbox"/> ホクナリン <input type="checkbox"/> ツロブテロール <small>※箇所は下記図に記載</small> |   |
|                            | 貼付時間 月 日 AM PM :   |   |
| 与薬日時                       | 20 年 月 日 <input type="checkbox"/> 食前 <input type="checkbox"/> 食後 <input type="checkbox"/> その他( )                       |   |
| その他<br>注意事項など              |  |   |
| <b>※薬剤情報提供書又はお薬手帳を必ず添付</b> |  |   |



- 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。

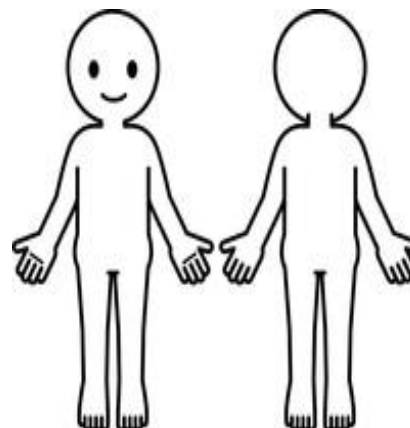
| 受領者 | 投薬者 | 返却者 |
|-----|-----|-----|
|     |     |     |

# お薬依頼書(通常用)

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)                     |  |   |
| 薬名                         |  |   |
| 薬の管理                       | <input type="checkbox"/> 常温 <input type="checkbox"/> 冷蔵 <input type="checkbox"/> その他( )                                |   |
| 薬について                      | <input type="checkbox"/> 内服  | <input type="checkbox"/> シロップ <input type="checkbox"/> 粉薬(包) <input type="checkbox"/> 錠剤(錠)                     |
|                            | <input type="checkbox"/> 外用  | <input type="checkbox"/> 点眼 <input type="checkbox"/> 両眼 <input type="checkbox"/> 右眼 <input type="checkbox"/> 左眼 |
|                            |  | <input type="checkbox"/> 軟膏 <small>※箇所は下記図に記載</small>   |
|                            |  | <input type="checkbox"/> 貼付 <input type="checkbox"/> 湿布 <input type="checkbox"/> その他( )                         |
|                            | <input type="checkbox"/> 貼付済 <input type="checkbox"/> ホクナリン <input type="checkbox"/> ツロブテロール <small>※箇所は下記図に記載</small> |   |
|                            | 貼付時間 月 日 AM PM :   |   |
| 与薬日時                       | 20 年 月 日 <input type="checkbox"/> 食前 <input type="checkbox"/> 食後 <input type="checkbox"/> その他( )                       |   |
| その他<br>注意事項など              |  |   |
| <b>※薬剤情報提供書又はお薬手帳を必ず添付</b> |  |   |



- 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。

| 受領者 | 投薬者 | 返却者 |
|-----|-----|-----|
|     |     |     |