

# 与薬依頼票 (保護者記載用)

常備用  
年 月 日

依頼先	桜川保育園			クラス( )
依頼者	保護者氏名		電話	
	子ども氏名		(男・女)	歳 月
主治医	電話 ( 病院・医院 FAX			
病名 (または症状)				
<p>該当するものに○、または明記</p> <p>(1)持参したくすりは 年 月 日に処方</p> <p>(2)保管は 室温・冷蔵庫・その他( )</p> <p>(3)くすりの剤型 座薬・外用薬・その他( )</p> <p>(4)くすりの内容 ( ) <u>くすりの名前</u></p> <p>(5)使用するタイミング 具体的に( )</p> <p>(6)外用薬などの使用法</p> <p>(7)その他の注意事項</p> <p>緊急時、連絡がつかなくても保育園側で薬剤投与することに同意されますか(はい・いいえ)</p>				

※お薬には必ず名前を記入し、1回分を手渡しをお願いします。

保育園記載			
受領者サイン			
投与者サイン			
実施状況	月	日	時 分

桜川保育園

**※薬剤情報提供書(お薬説明書)を必ずご持参ください。**