

与薬依頼票 (保護者記載用)

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 か月
主治医	電話	
	(病院・医院 FAX	
病名 (または症状)		
該当するものに○、または明記 (1)持参したくすりは 年 月 日に処方された 日分のうちの本日分 (2)保管は 室温・冷蔵庫・その他() (3)くすりの剤型 粉・液(シロップ)・外用薬・その他() (4)くすりの内容 抗生物質・解熱剤・咳止め・整腸剤・かぜ薬・その他() <u>くすりの名前</u> (5)使用する日時 令和 年 月 日 食事(おやつ)の 分前・ 分あと その他具体的に() (6)外用薬などの使用法 (7)その他の注意事項		

※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			
実施状況など	投与時刻	月 日	午前・午後 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。

※飲み薬は、あと1回程度で治る、という場合のみお預かりし与薬させていただきます。