

与薬依頼書

ひより保育園 園長殿

薬の取り扱いに関する園の規定に同意した上で下記の通り与薬を依頼します。

依頼日	平成 年 月 日						
保護者名	印			電話番号			
園児名				クラス名			
病名				主治医			
病院名				病院連絡先			
①	種類	粉末/シロップ/外用薬/その他		時間	昼食前/昼食後/その他 ()		
	薬名	抗生物質/解熱剤/せき止め その他 ()		保管	常温/冷蔵 その他 ()		
②	種類	粉末/シロップ/外用薬/その他		時間	昼食前/昼食後/その他 ()		
	薬名	抗生物質/解熱剤/せき止め その他 ()		保管	常温/冷蔵 その他 ()		
③	種類	粉末/シロップ/外用薬/その他		時間	昼食前/昼食後/その他 ()		
	薬名	抗生物質/解熱剤/せき止め その他 ()		保管	常温/冷蔵 その他 ()		
与薬方法							
与薬月日	/	/	/	/	/	/	/
受領者印							
与薬種類							
与薬時刻							
与薬者印							

【注意事項】

- 薬には全て記名し、与薬時間を記載してください。
- 薬は1回分ずつの量に小分けしてください。
※ シロップも1回分の容器に入れ替えて下さい。
- 薬は、保護者が必ず職員へ手渡しして下さい。