

与薬依頼票

令和 年 月 日 (曜日) 記

藤島こりす保育園長 様

下記のとおり、与薬を依頼します。

保護者氏名 _____

クラス:	組	園児氏名:
病名:		病院(医院)名:
内服期間:	年 月 日 ~	年 月 日まで

※注意:薬は原則として家庭で一度使って異常がないことを確認してから、お持ちください。

種類	数量	時間・回数	その他・特記事項
シロップ	種類	食前・食後	
粉・錠剤	種類	食前・食後	
塗り薬	種類	1日()回	(塗る部位)
点眼薬	種類	1日()回	両方・右のみ・左のみ

★病院で処方された1回分(昼)の薬をお持ちください。(塗り薬、点眼薬はのぞく)

朝や夕と記載された薬、頓服(痛み止め)の薬は与薬できません。

★薬の袋・容器にはクラス・名前をはっきり書いてください。

★ご家庭でチャック付きの袋を準備していただき、お薬とお薬の説明用紙を一緒に入れ玄関の職員に手渡ししてください。(バス登園の子はおたよりばさみに入れてください。)

★保育園で内服確認し、職員がサインをしますので、お家の方も確認後サインをお願いします。

★土曜日は、与薬する看護師が不在の為、お薬はお預かりしていません。

(持病または特別な病気の場合はご相談下さい)

日付	/	/	/	/	/	/
受取職員 与薬職員						
保護者 確認サイン						

以下あてはまるものに☑を付けてください。

内服期間が終了しました。

内服が継続しますので新しい用紙を希望します。

※内服期間終了後、与薬依頼票は園で保管しますので「内服期間が終了しました。」に☑をつけておたよりばさみに入れてください。

※内服が6日以上続く場合は、「新しい用紙を希望します。」に☑を入れてください。