

与薬依頼書

令和 年 月 日 依頼

以下、主治医より保育園での投薬の要請があったため、与薬をお願いします。

依頼者	保護者氏名		印
	児童名		(組)
主治医等	主治医名	電話番号	
	病院名		
診断名			
症状			

◇お薬について

薬剤名	
与薬の目的	
薬の形状	粉 ・ シロップ ・ 軟膏 ・ 目薬 ・ その他()
保管方法	常温 ・ 冷蔵庫 ・ 遮光 ・ その他()
処方された期間	令和 年 月 日～令和 年 月 日まで
園での投薬期間	令和 年 月 日～令和 年 月 日まで
園での投薬時間	昼食前 ・ 昼食後 ・ お昼寝前 ・ その他()
与薬方法 注意点	

園記入欄

投与者サイン

投与時刻 令和 年 月 日

午前 ・ 午後 時 分

実施状況など

戸田すこやか保育園		
園長	担当	受領者

お薬預かりの約束

- ・処方内容が書かれてある指示書または、調剤薬局でもらう薬の説明書のコピーを添付してください。
- ・処方内容を証明できるものがない場合は医師からの投薬指示書を提出していただきます。
- ・預かれるお薬は1日1回分のみです。シロップも、1回分の量を別の容器に入れてお持ちください。
- ・お薬に組、名前を記入し、与薬依頼書と共に、保育士または看護師に直接受け渡しをお願いします。