

与薬依頼票

クラス		園児名	
持参薬剤	全部で()種類		
保管	室温・冷蔵庫		
薬の剤型	粉末・シロップ・外用薬・点眼		
薬の内容	抗生物質・咳止め・下痢止め・かぜ薬 外用薬()・その他()		
使用時間	昼食前・昼食後 その他()		
外用薬等の 使用法			
投薬期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日		
留意点	<ol style="list-style-type: none"> お薬は必ず、園の職員に直接手渡しして下さい。 お薬には、園児名・日付・与薬時間を記入し、水薬は1回分ずつ容器に入れて下さい。 薬剤情報提供書を添付して持たせて下さい。市販薬の与薬は保育園としては取り扱っていません。 与薬依頼票は、1ヶ月分までしか対応していません。同じお薬でも再度、与薬依頼票の提出をお願いします。 与薬依頼票は、初回受領時に園の方でお預かりいたします。連絡帳にて、内服のお知らせを行いますのでご了承下さい。 看護師又は保育士にて服薬いたします。 		
<p>上記内容に同意し、この与薬依頼票によって与薬した結果についての責任は、 保育園側がないことを承認します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>保護者氏名 _____ (印)</p>			

※投薬実施記録

初回受領者 _____

月	日	時	間	投薬者	月	日	時	間	投薬者
/		:			/		:		
/		:			/		:		
/		:			/		:		
/		:			/		:		
/		:			/		:		
/		:			/		:		
/		:			/		:		
/		:			/		:		