

与薬依頼票

年 月 日 (曜日)記

藤島くりくり保育園長 様

下記のとおり、与薬を依頼します。

保護者氏名

園児	組名前		
病名		病院(医院)名	
持参した薬は 年 月 日に処方された 日分うちの本日分			

★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・食間・食後	
粉	包	食前・食間・食後	
塗り薬	種類	1日()回	(塗る部位)
点眼薬		1日()回	両方・右のみ・左のみ

- ◎ 1回分の薬(シロップも)のみお持ちください。・・・塗り薬・点眼薬を除く。
- ◎ 薬の袋または容器に氏名と薬の名前をはっきり書いてください。
- ◎ 処方薬の説明書と一緒に玄関でお迎えしている職員に手渡してください。
- ◎ この用紙は6日間までは続けて使用することができます。
- ◎ 服用期間が終わりましたら、クリアファイルをご返却お願いします。
- ◎ 土曜日は与薬する看護師が不在のためお薬はお預かりしていません。

以下、保育園で記入します。

日付	/	/	/	/	/	/
確認印						
与薬職員						