

**くすりの依頼表** (1種類につきひとつ) ◎太枠の中をご記入ください。

太陽ゆうゆう保育園 / 太陽あおぞら保育園 園長様

保育園において、下記の薬を与えることを依頼します。(※市販薬や鎮痛剤は受け付けてできません。)

平成 年 月 日

依頼者	保護者氏名
	園児在籍クラス 組 氏名
薬を処方した医療機関	
病名又は症状	
くすりについて	<p>① 本日、持参したくすりは ____月__日に処方されたものです。</p> <p>② 保育園での保管方法は <u>室温・冷蔵庫・その他( )</u></p> <p>③ くすりの種類は                  ◎内用剤 <u>粉薬・シロップ剤(飲みきり分)・錠剤・カプセル剤</u>                  ◎外用剤 <u>軟膏・点眼剤・トローチ</u>                  ◎その他 ( )</p> <p>④ くすりは( <u>食前・食後 / ____時</u>)に与えて下さい。                  ※ 下線の箇所に記入またはOをつけてください。</p>
その他	

くすりをお願いする日	与薬時間	与薬者
月 日		
月 日		
月 日		
月 日		
月 日		

与薬依頼が5日間を超える場合は、再度「くすりの依頼表」をご提出ください。

※ 薬は当日分だけお預かり致します。保育園にまとめて預けることはできません。

※ 「くすりの依頼表」は初日にご提出いただき、与薬期間が終わったら返却致します。

※ 2日目以降は、薬だけ持って来てください。薬袋にクラス名と名前、日付と服用時間を書いて、直接お渡しください。

(依頼表の提出がない上、薬がカバンの中に入れてだけの状態だと、担任が薬に気付かずと与薬ができなくなることもあります。ご注意ください。)