

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、与薬す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。)

令和 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 ※ 該当する箇所に○をつける。	① 本日、持参したくすりは ____月 ____日に処方されたものです。 ② 保育園での保管方法は <u>室温 ・ 冷蔵庫 ・ その他()</u> 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 () ④ くすりは(<u>食前 ・ 食後 / 時</u>)に飲ませてください。 ※目薬や軟膏の場合(<u>時間おき / の時に / 症状が出たら</u>) その他()
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。)