

# 与薬依頼票【塗り薬・点眼薬用】 保護者記載用

新規・継続（ 日頃まで）

令和 年 月 日

クラス		園児名		保護者名	印
主治医	病院・医院			電話	
病名 (症状)	※薬剤情報提供用紙をお持ち下さい。				
薬	①薬の名前（ ）⇒塗り薬・点眼薬・その他（ ）				
	②薬の時間⇒午前/午後（ 時）				
	③薬を使用する箇所⇒体のどの部分（ ）				
注意事項	<p>1 薬剤等の使用責任者は保護者ですので、安易に保育園に依頼しないようにしましょう。</p> <p>2 保育園で使用する薬剤等は、医師の指示を受けたものに限ります。</p> <p>3 薬はジップロックに入れ、ジップロックにも記名をお願いします。</p> <p>4 与薬依頼票に記入がなかったり、服用方法がはっきりしない薬、医師の薬剤情報提供用紙がない薬は登園では投薬できません。</p> <p>5 坐薬、解熱剤、吸入薬は取り扱いできません。</p>				
保育園 記録	受領者サイン〔 〕	保管時サイン〔 〕	月	日	時 分
	投薬者サイン〔 〕	投薬時間	月	日	午前・午後 時 分
	受領者サイン〔 〕	保管時サイン〔 〕	月	日	時 分
	投薬者サイン〔 〕	投薬時間	月	日	午前・午後 時 分
	受領者サイン〔 〕	保管時サイン〔 〕	月	日	時 分
	投薬者サイン〔 〕	投薬時間	月	日	午前・午後 時 分
	受領者サイン〔 〕	保管時サイン〔 〕	月	日	時 分
	投薬者サイン〔 〕	投薬時間	月	日	午前・午後 時 分