

＜ 与薬依頼票 ＞

令和 年 月 日記

主治医の診断により、与薬が必要であるとの指示がありました。つきましては注意事項を厳守しますので、処方薬の与薬を依頼します。また、与薬によって生じた問題は、保護者が全ての責任を負います。

依頼者	保護者名			
	園児名		クラス	組

与薬依頼日	令和 年 月 日 ()			
医療機関名	電話番号			
受診日	令和 年 月 日 ()	疾患名・症状		
与薬の内容	薬剤名	形状	数量 (+単位)	与薬時間
	(例) ムコダイン	粉末	1包	昼食前・ 後 他→
				昼食前・後 他→
				昼食前・後 他→
				昼食前・後 他→
その他				

☆与薬の注意事項☆

- ① 医師の処方した薬に限ります。(市販薬はお受けできません)
- ② 一回分の薬と与薬依頼票を、チャック付きビニール袋(クラス・氏名を記入)に入れてください。
- ③ この与薬依頼票と薬は、直接保育士にお渡しください。
- ④ 手渡し以外および与薬依頼票未添付、記入の不備がある場合、与薬は行えません。
- ⑤ この与薬依頼票は、与薬する日ごとに記入してお出してください。(アレルギー等で毎日服用が必要な方、熱性けいれん等で突発的に与薬が必要な方は、必ず事前にご相談ください)

使用日	/	/	/	/	/
受領サイン					
投薬サイン					
投薬時間	:	:	:	:	:

使用日	/	/	/	/	/
受領サイン					
投薬サイン					
投薬時間	:	:	:	:	: