

# お薬依頼書

- 【注意】 ★必要事項を記入の上、保育士、看護師にお薬と一緒に「手渡し」して下さい。  
 ★市販の薬や解熱鎮痛剤、座薬、吸入薬等は申し訳ございませんが、お預かりできませんのでよろしくお願い致します。  
 ★依頼書は1回分の服用につき1枚の提出をお願いします。  
 ★薬は、必ず1回分ずつに分けて、名前を書いてお渡してください。  
 ★依頼書により薬を服用した後、子どもさんに異常がおきた場合は、責任は負いかねますのでご了承下さい。  
 ★お薬の説明書は必ずご持参ください。

内服の服用期間 (投薬依頼日)	令和 年 月 日から 月 日まで	園長印	副主任印	看護師印
※情報提供書でご確認の上、ご記入をお願いいたします。				
※太枠内をご記入下さい。				

依頼先	小規模保育園ななほしキッズ	依頼日	令和 年 月 日 ( )		
園児名		年齢	歳	組	
保護者名		緊急連絡先	TEL		
病院名		病名(症状)			
①	本日持参したくすりの処方日 令和 年 月 日 ( )				
②	くすりの内容 抗生剤 咳止め 鼻水止め 整腸剤 その他 ( )				
③	朝飲んだ時間 午前 時 分				
④	使用する<飲ませる>時間 ・食後				
⑤	薬の剤型(該当するものに○印) ・粉 ( ) 包 ・シロップ ・ぬり薬 ・点眼薬 右眼 ( ) 左眼 ( ) 両眼 ( ) ・錠剤				
⑥	くすりの保管は 常温 冷蔵庫				
⑦	ぬり薬の使用方法				
⑧	そのほかの注意事項				
⑨	薬剤(事)情報提供書<薬の説明書です> あり				

園記入欄	くすりを受け取った職員名				
	投薬者名		投与時間	時	分

----- キリトリ ----- キリトリ -----

※太枠内をご記入下さい。

保護者名	様	依頼日	令和 年 月 日	投薬者印
園児名	さん	時 分に投薬しました。		
組		( ) 投薬できませんでした。		