

与薬依頼書

医師の指示により、保育時間中における薬の使用が必要となりましたので、保護者の責任において依頼します。

令和 年 月 日()

保護者氏名

児童氏名	(組 歳児)	
医療機関名	☎ - -	
病名(症状)		
薬剤名	①	②
薬の処方期間	/ () ~ / () まで	/ () ~ / () まで
薬の保管方法	常温 ・ 冷蔵庫 ・ その他()	常温 ・ 冷蔵庫 ・ その他()
与薬時間	食前・食後・おやつ後・その他()	食前・食後・おやつ後・その他()
飲み薬について	抗生物質 ・ 咳止め ・ 鼻水止め 嘔気止め・下痢止め・その他()	抗生物質 ・ 咳止め ・ 鼻水止め 嘔気止め・下痢止め・その他()
薬の種類	粉薬 ・ 水薬 ・ その他()	粉薬 ・ 水薬 ・ その他()
その他の薬について (点眼・点鼻 塗り薬など)	種 類	
	使用部位	
	使用時間	
保護者連絡先	*すぐに連絡が取れる電話番号 - - (続柄)	

*北本市保育課からの通知「与薬について」の内容を十分ご覧ください。

*与薬依頼書は、処方箋を受ける度に保育所へ出してください。

*薬は必ず1回分の量に分けてください。(外用薬は分けなくてもお預かりできます。)

*複数日与薬を継続される場合は、初日に与薬依頼書を提出してください。

*「薬剤情報提供書」はくすりと一緒に毎日持参してください。

与薬日	/	/	/	/	/	/
受領者サイン						
与薬者サイン						
与薬時間	:	:	:	:	:	:
保護者サイン						

*与薬が終わりましたら、この与薬依頼書は、保育所で保管します。

* 長期に渡り与薬をする場合、1か月を限度に、この与薬依頼書を継続して使用します。

与薬日	/	/	/	/	/	/
受領者サイン						
与薬者サイン						
与薬時間	:	:	:	:	:	:
保護者サイン						

与薬日	/	/	/	/	/	/
受領者サイン						
与薬者サイン						
与薬時間	:	:	:	:	:	:
保護者サイン						

与薬日	/	/	/	/	/	/
受領者サイン						
与薬者サイン						
与薬時間	:	:	:	:	:	:
保護者サイン						

与薬日	/	/	/	/	/	/
受領者サイン						
与薬者サイン						
与薬時間	:	:	:	:	:	:
保護者サイン						