

# 与薬依頼書

※同じお薬は1週間以上、お預りできません。  
 ※お薬の服用に関する責任は、全て保護者にあります。  
納得の上、ご記入・捺印下さい。

平成 年 月 日記

依頼先	旭保育園				
依頼者	保護者氏名	(印)	電話・携帯		
	組 子ども氏名		男・女	歳	ヶ月 日
主治医			電話		
	(	病院・医院)	FAX		
病名 (又は症状)					
(1)持参した薬は	年	月	日に処方された	日分のうちの本日分	
(2)保管は	室温・冷蔵庫・その他(				
(3)くすりの剤型(該当するものに○)					
	粉・液(シロップ)・外用薬・点眼薬・その他(				
(4)くすりの内容					
	抗生物質・解熱剤・咳止め・下痢止め・整腸剤・かぜ薬・外用薬(				
	調剤内容				
(5)使用する日時	年	月	日	午前・午後	時 分
	又は 食事(おやつ)の	分前・	分あと	(	包・ 目盛)
	その他具体的に(				
(6)外用薬などの使用法					
(7)その他の注意事項					
保育園記載	受領者サイン	(印)	保管時サイン	月	日 時 分
	投与者サイン	(印)	投与時間	月	日 午前・午後 時 分
	実施状況など				

★薬剤情報提供者、印鑑がない場合と園児の氏名・日付がくすりの容器、薬袋等に明示されていない場合も、お預かりできません。

