

※個人情報が含まれるので取り扱いには十分気をつける事

年 月 日

日野保育園 園長殿

与薬依頼書

(医師の指示により1週間以上の継続的与薬が必要な場合)

保育園における「薬の扱いについて」を承諾の上、保護者の代行として与薬をお願い致します。この与薬依頼書によって与薬した結果については保育園の責任を問いません。

クラス名	園児名	病名
保護者名	印	電話番号
与薬期間	年 月 日 ~ 年 月 日	
医療機関名	主治医名 (医師が複数の場合のみ記入)	電話番号
処方薬局名	薬の内容	・痒み止め ・吐き気止め ・その他()
薬の種類	・内服薬(シロップ 回分・粉 袋・錠剤 錠) ・ぬり薬 個 ・点眼薬 個 ・その他()	
薬剤情報提供書	未 ・ 受	薬の処方期間 / ~ / 保管方法 常温 ・ 冷蔵 ・ 冷凍 其他()

保育士記入欄			預かり数	回分/錠/袋	
受領者			袋・錠剤に日付を記入		未 ・ 済
月/日	与薬時間	投薬者	与薬数	残り	備考
/	時 分				
/	時 分				
/	時 分				
/	時 分				
/	時 分				
/	時 分				

年 月 日

保護者殿

欠席等のため、未使用の薬(回分/錠/袋)をお返しいたします。

担当保育士

印

年 月 日

日野保育園 園長殿

上記、受け取りました。

保護者名

印