

与薬依頼票

黒田保育園 宛

記入日: 令和 年 月 日

依頼者	園児名		保護者名	(印)		
	クラス		緊急連絡先	TEL		
受診病院	病院名					
病名	病名					
薬剤情報提供書	あり・なし ※必ず添付してください。					
(1)持参した薬		(2)薬の内容				
粉	_____	包	抗生剤・整腸剤			
シロップ	_____	種類	咳止め・鼻水止め			
ぬり薬	_____	種類	ぬり薬()			
点眼薬	_____	種類	その他()			
その他()						
(3)保育園での投与日時 令和 年 月 日 ~ 月 日まで (日間)						
食前・食後			※最長2週間			
おやつ前・おやつ後						
※時間指定の場合・・・ _____ 時頃						
(4)ぬり薬、点眼薬、点耳薬等の使用法。その他注意する事。						
(5)お願い						
※薬は、朝の受付職員に渡してください。						
※薬剤情報提供書のコピーを必ず添付してください。						
※この用紙は、続けて2週間使用できます。						
薬が同じでも新しい与薬依頼書に変わるときは、薬剤情報提供書のコピーを添付してください。						
薬の種類が同じでも新しい与薬依頼書に変わるときは、薬剤情報提供書のコピーも添付してください。						
※投与の最終日は、この用紙と薬剤情報提供書のコピーを保育園に提出してください。						
※粉薬やシロップは、その日に飲ませる1回分のみを持参して下さい。(シロップは1回分に分けて持参)						
保 育 園 記 載						
受領者サイン	/	/	/	/	/	/
投与者サイン	:	:	:	:	:	:
受領者サイン	/	/	/	/	/	/
投与者サイン	:	:	:	:	:	:
備考						