

与薬依頼書(1日用)

駒沢わこう保育園 園長 殿

次の園児については、医師と相談の結果、指示によりやむを得ず、保育園での保育時間中における与薬が必要となりました。

つきましては、保護者の責任において、保育園での園児に対する投薬を下記により、行っていただきたく依頼いたします。

依頼日			年	月	日
保護者名					印
クラス名	組				
園児名	(年 月 日生)				
医療機関名			医療機関電話番号		
担当医師名					
病名					
薬の種類	与薬時間・与薬方法等			薬の処方された日	
内服薬 ①	服用時間 食(前・後)その他の時間()			月 日	
内服薬 ②	服用時間 食(前・後)その他の時間()			月 日	
内服薬 ③	服用時間 食(前・後)その他の時間()			月 日	
塗り薬	回数 回(時間)		患部()		月 日
点眼薬	回数 回(時間)		患部(左目・右目)		月 日
その他				月 日	
<p>※保護者の署名捺印のない依頼書はお預かりできません。</p> <p>【注意事項】 誤飲を避ける為、以下のことをお守りください。</p> <p>4. 薬剤情報提供書を一緒に添えてご提出下さい。</p> <p>5. 薬を入れた容器や内服薬・外袋には必ず<u>園児名を記載</u>するとともに、内服薬が複数の場合には、それぞれ①②③と<u>番号を記載</u>して下さい。</p> <p>6. 座薬・解熱剤・鎮痛剤・市販の薬は投薬できません。</p>					

日付	受取者	与薬者	与薬時間	返却者	保護者	責任者承認

与薬依頼書(1日用)

駒沢わこう保育園 園長 殿

次の園児については、医師と相談の結果、指示によりやむを得ず、保育園での保育時間中における与薬が必要となりました。

つきましては、保護者の責任において、保育園での園児に対する投薬を下記により、行っていただきたく依頼いたします。

依頼日 年 月 日		
保護者名		印
クラス名	組	
園児名	(年 月 日生)	
医療機関名		医療機関電話番号
担当医師名		
病名		
薬の種類	与薬時間・与薬方法等	薬の処方された日
内服薬 ①	服用時間 食(前・後)その他の時間()	月 日
内服薬 ②	服用時間 食(前・後)その他の時間()	月 日
内服薬 ③	服用時間 食(前・後)その他の時間()	月 日
塗り薬	回数 回(時間)患部()	月 日
点眼薬	回数 回(時間)患部(左目・右目)	月 日
その他		月 日

※保護者の署名捺印のない依頼書はお預かりできません。
【注意事項】 誤飲を避ける為、以下のことをお守りください。
7. 薬剤情報提供書を一緒に添えてご提出下さい。
8. 薬を入れた容器や内服薬・外袋には必ず園児名を記載するとともに、内服薬が複数の場合には、それぞれ①②③と番号を記載して下さい。
9. 座薬・解熱剤・鎮痛剤・市販の薬は投薬できません。

日付	受取者	与薬者	与薬時間	返却者	保護者	責任者承認