

# お薬依頼書

木の国保育園 園長 様

令和 年 月 日

下記の通り、私に代わり投薬・塗り薬・点眼薬をお願いします。

(保護者記載用) (必要なところは○で囲んで下さい。)

依頼先	(社福)木の国保育園	医療機関名								
依頼者	クラス	組	園児名					保護者名		
病名	風邪・咳・下痢止め・中耳炎・その他( )									
持参した薬は	年	月	日に処方された	日分のうち本日分						
保管	室温	冷蔵庫	その他( )							
薬の種類	粉	シロップ	外用薬	目薬	その他( )	合計【	種類】			
薬の内容	抗生物質	咳止め	下痢止め	かぜ薬	その他( )					
服用方法	食前	食間	食後	おやつ前・後	その他( )					
備考										

◇与薬確認表◇ 保護者確認のサインは、必ずお願いします。

日付	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
受取者サイン										
与薬者サイン										
保護者確認サイン										

※投薬(粉末・水薬)は、1回分お預かりします。

※座薬・市販の薬・解熱剤は扱いません。

※依頼書は、必要事項を記入して、薬と一緒に玄関前の薬入れに入れて下さい。

※薬の袋、及び容器にクラス名と名前の記入を必ずお願いします。

※園の方で保管しますので、最後は事務所に提出お願いします。