

与薬依頼書（保護者記載用）

浅舞感恩講保育園

依頼日 年 月 日

|   |  |             |  |
|---|--|-------------|--|
| 組、名前  |  | 保護者サイン      |  |
| 医院・病院   |  | 先生 病名（又は症状） |  |
| 診察日 月 日   | 飲み始め 年 月 日（朝・昼・夕）から 日間   |             |  |
| くすりの内容<br>・該当するものに○を<br>・包数、量を<br>記入下さい。  | 与薬時間（食前・食後）  |             |  |
|   | 抗生物質, 咳, 鼻水, アレルギー, 整腸剤, その他( )<br>・粉薬 ( 包 ) ・シロップ ( cc )<br>・錠剤 ( 錠 ) |             |  |
| <注意事項><br>① 医師から処方された薬は、本来は保護者の責任のもとに飲ませるものですが、与薬依頼書で依頼があった場合は、薬をお預かりして看護師又は保育士が飲ませます。預かる薬は医師から出された薬に限ります。<br>② 薬は1回分です。1つ1つに必ず名前を書いて下さい。<br>（シロップは1回分を適当な容器に入れて下さい。）<br>③ 薬は必ず保護者が保育士に手渡しをお願いします。<br>（バス通園のお子さんは、バスの担当にお渡し下さい。）<br>④ 土曜日は食事時間の都合上、食前・食後にかかわらず12時頃の服用になります。<br>（午前で帰宅される園児に関しては自宅で服用して下さい。）<br>⑤ 慢性疾患の園児（アレルギー・喘息）に関しては、再診ごとに服用期間を記入して頂ければ結構です。 |  |             |  |

|        |  |  |  |  |  |  |  |
|--------|--|--|--|--|--|--|--|
| 受取者    |  |  |  |  |  |  |  |
| 与薬日    |  |  |  |  |  |  |  |
| 与薬者サイン |  |  |  |  |  |  |  |
| 与薬時間   |  |  |  |  |  |  |  |
| 受取者    |  |  |  |  |  |  |  |
| 与薬日    |  |  |  |  |  |  |  |
| 与薬者サイン |  |  |  |  |  |  |  |
| 与薬時間   |  |  |  |  |  |  |  |

与薬依頼書（保護者記載用）

浅舞感恩講保育園

依頼日 年 月 日

|   |  |             |  |
|---|--|-------------|--|
| 組、名前  |  | 保護者サイン      |  |
| 医院・病院   |  | 先生 病名（又は症状） |  |
| 診察日 月 日   | 飲み始め 年 月 日（朝・昼・夕）から 日間   |             |  |
| くすりの内容<br>・該当するものに○を<br>・包数、量を<br>記入下さい。  | 与薬時間（食前・食後）  |             |  |
|   | 抗生物質, 咳, 鼻水, アレルギー, 整腸剤, その他( )<br>・粉薬 ( 包 ) ・シロップ ( cc )<br>・錠剤 ( 錠 ) |             |  |
| <注意事項><br>① 医師から処方された薬は、本来は保護者の責任のもとに飲ませるものですが、与薬依頼書で依頼があった場合は、薬をお預かりして看護師又は保育士が飲ませます。預かる薬は医師から出された薬に限ります。<br>② 薬は1回分です。1つ1つに必ず名前を書いて下さい。<br>（シロップは1回分を適当な容器に入れて下さい。）<br>③ 薬は必ず保護者が保育士に手渡しをお願いします。<br>（バス通園のお子さんは、バスの担当にお渡し下さい。）<br>④ 土曜日は食事時間の都合上、食前・食後にかかわらず12時頃の服用になります。<br>（午前で帰宅される園児に関しては自宅で服用して下さい。）<br>⑤ 慢性疾患の園児（アレルギー・喘息）に関しては、再診ごとに服用期間を記入して頂ければ結構です。 |  |             |  |

|        |  |  |  |  |  |  |  |
|--------|--|--|--|--|--|--|--|
| 受取者    |  |  |  |  |  |  |  |
| 与薬日    |  |  |  |  |  |  |  |
| 与薬者サイン |  |  |  |  |  |  |  |
| 与薬時間   |  |  |  |  |  |  |  |
| 受取者    |  |  |  |  |  |  |  |
| 与薬日    |  |  |  |  |  |  |  |
| 与薬者サイン |  |  |  |  |  |  |  |
| 与薬時間   |  |  |  |  |  |  |  |