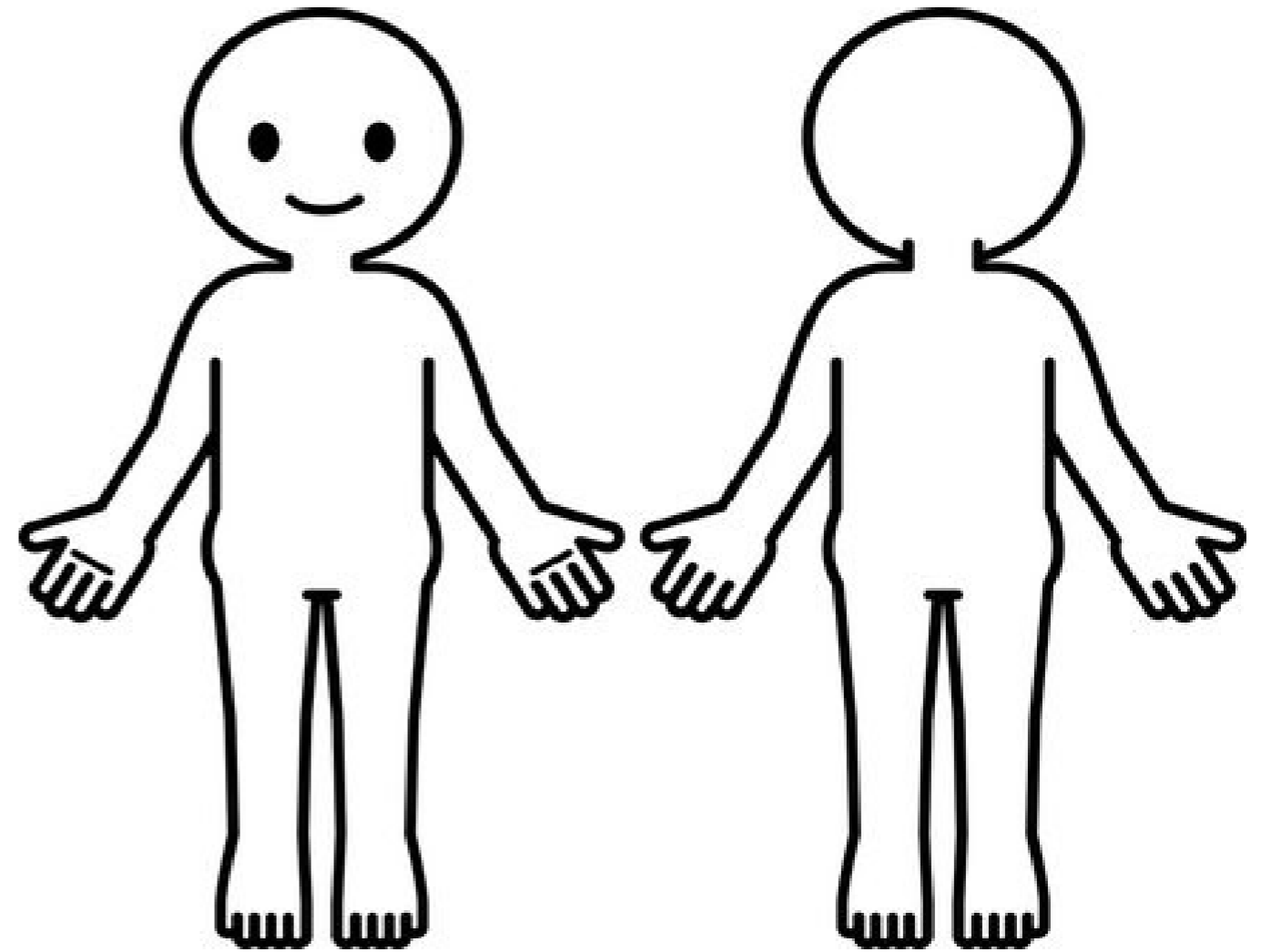


* 保護者の方へ

(この用紙はコピーしてお使い下さい)

- ・ 医療機関より処方された薬のみお預かりします。
- ・ ①薬 ②「与薬依頼書」③「薬剤情報提供書」(薬局からの薬の説明書)
3つをそろえて、直接職員に手渡してください。
- ・ 看護師不在時は保育士が投薬を行います。
- ・ 薬の容器にも1つずつ全てに名前を書いてください。
- ・ お子さんの点眼や点耳等の拒否が強い場合は、与薬できないこともありますので、ご了承ください。
- ・ 与薬期間最終日に与薬確認の紙をお渡しします。

医師より指示された部位(塗り薬を塗る場所)に印をつけてください。



*お薬が1ヶ月以上になる場合は、再度、依頼書の提出をお願いします。

与薬依頼書 (外用薬)

年	月	日	いずみ保育園
保護者名 ()		当日連絡先☎ ()	
()	くみ	園児名 ()	()
病名・症状 ()		()	
医療機関名 ()		()	
薬の用途: 保湿・炎症止め・その他 ()		()	
薬の形態: 塗り薬・点眼・その他 ()		()	
与薬期間: 本日のみ			
:	月	日~	月 日 (最長1ヶ月)
与薬時間: 昼食後・その他 ()		()	
与薬方法: できるだけ詳しく書いてください (部位・1回量・塗り方等)			
[]			

<園記載欄>	受取人		
与薬時間	時	分	与薬者
年 月 日			
()	くみ	園児名 ()	()
時	分に与薬しました。		与薬者