

# 与薬依頼票 (保護者記載用) 平成 年 月 日

依頼先	竜之口保育園				
依頼者	保護者氏名 子ども氏名	連絡先・電話 男・女	歳	ヶ月	
主治医	電話				
	( 病院 ・ 医院 ) FAX				
	病名 (又は症状)				
①持参した薬は、平成 年 月 日に処方された	日分のうちの <u>本日分</u>				
②保管は	室温 ・ 冷蔵庫 ・ その他 ( )				
③くすりの剤型 (該当するものに○)	粉 ・ 液 (シロップ) ・ 外用薬 ・ その他 ( )				
④くすりの内容	抗生物質・解熱剤・咳止め・下痢止め・かぜ薬・外用薬 ( )				
	調剤内容				
⑤使用する日時	平成 年 月 日	午前	午後	時	分
	又は 昼食 前 ・ 後				
⑥外用薬などの使用法					
⑦その他の注意事項	薬剤情報提供書 あり ・ なし				
保育園記載	受領者サイン	保管時サイン	平成 年 月 日	時	分
	投与者サイン	投与時刻	平成 年 月 日	午前・午後	時 分
	又は 昼食 前 ・ 後				
	実施状況など				

保育園では原則として投薬をいたしません、やむを得ず持参される場合は、連絡票に記入して、薬と一緒にご提出ください。薬包・容器等にも氏名など記入してください。

- (注) 1 座薬は、副作用を考慮し保育園ではお預かりしません。  
 2 薬は、園児を診察した医師が処方し調剤したもの、あるいはその医師の処方によって薬局で調剤したものであること。  
 3 保護者の個人的な判断で持参した薬には、対応できません。  
 4 本票の提出がない薬の投与はいたしません。

保 育 園	保 護 者 連 絡	投与時刻	平成 年 月 日	午前・午後	時 分
		投与者サイン	又は 昼食 前 ・ 後		
		実施状況など			