

与薬依頼票

アップ保育園 殿

年 月 日 投薬依頼分

保護者名 _____ 連絡先 _____

園児名 _____ (現在 歳 ヶ月)

持参薬剤	全部で () 種類 ※1回分のみ持参してください
保管	室温 ・ 冷蔵庫 ・ その他
薬の剤型	粉末 ・ シロップ ・ 外用薬 ・ その他
薬の内容	抗生物質 ・ 咳止め ・ 下痢止め ・ かぜ薬 外用薬 () ・ その他 ()
使用時間	昼食前 ・ 昼食後 ・ おやつ前 ・ おやつ後 その他 ()
外用薬等の 使用法	
薬剤情報	薬剤情報提供書の添付 (あり ・ なし) ※初回は必須
備考	

※与薬実施記録 (保育士記入)

受領者 _____

時間	投薬者	確認者	備考
:			
:			
:			
:			
:			

- 投薬依頼時は、その都度与薬依頼票をご記入、ご提出ください。また、登園時に必ず職員までお知らせください。
- 薬剤情報提供書は、本紙と併せてご提出ください。
- 与薬依頼票がない場合、こちらでの投薬は出来ませんので夕方お持ち帰りとさせていただきます。
- 与薬依頼票の予備が少なくなりましたら、お早めに声をおかけください。
- 与薬依頼票は、受領時に園の方でお預かりいたします。連絡帳にて、内服のお知らせを行いますのでご了承ください。

アップ保育園