

与薬依頼書

医師により下記のとおり指示・処方を受けましたので、与薬について下記のとおり連絡します。

にじいろ保育園 宛て

令和 年 月 日

保護者氏名 _____ (印)

園児氏名 _____

病名・症状						
主治医	(_____ 病院) TEL : _____ (_____)					
* 処方期間を過ぎた薬は、保育園では受け取りません。						
病院の処方日	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで (_____)日分処方	保育園での与薬日数	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで (_____)日依頼します			
薬の内容	抗生剤 ・ 整腸剤 ・ 風邪薬 その他(_____) ・ 外用薬(塗薬)		※点眼薬、点耳薬、点鼻薬など、時間をおいてつけるものは、ご家庭でつけてください			
薬の種類	粉薬(_____)種類 ・ 水薬(_____)種類 錠剤(_____)種類 ・ 外用薬(_____) ・ その他(_____)					
服用時間	食前 食後 食間 時間指定(_____ : _____)					
外用薬などの使用方法						
その他の使用方法						
薬剤情報提供書	薬剤情報提供書の原本を保育園に提供いただけますか？(〇で囲んでください) 提供する ・ 提供できない					

* 保育園記入欄

* 保育園記入欄

受付日	/	/	/	/	/	/
受領サイン						
与薬時間	:	:	:	:	:	:
与薬者印						
職員確認印						

* この依頼書と薬剤提供書は、与薬終了後に保育園で保管します。