

与薬依頼票 (保護者記載) 深堀保育園

(アレルギー用)

平成 年 月 日

薬の説明書の確認印

園長	看護師	担任
----	-----	----

下記の薬を 組 園児名 にお願ひします。

尚、この薬の与薬は保護者の責任と致します。

依頼者名

印

与薬方法	アレルギー源	薬の内容	薬の種類	病院名	保存方法	備考
食前		インターール	粉包 包	処方日 月 日	室温	
食間		その他	錠剤 錠		冷蔵庫	
食後		() シロップ	(個)		その他	
その他 (時頃)			その他 ()		()	

薬持参日	投薬時間	受領者印	与薬者印	園長印	看護師印
月 日	時 分				
月 日	時 分				
月 日	時 分				
月 日	時 分				
月 日	時 分				
月 日	時 分				

- ・医療機関より処方された「薬の説明書」と一緒に「与薬依頼票」を提出して下さい。
 - ・飲ませる薬は1回分で、記名し、直接職員に手渡しして下さい。
 - ・この与薬票は薬が終了、又は記入する欄がなくなりましたら園で保管させて頂きますので、最終日確認後、持たせて下さい。
- 詳しくは備考欄に記入願ひます。