

与薬依頼票

(保護者記載)

平成 年 月 日

みたけ 保育園

園 長	主 任

保護者の方へ

1. 医療機関より処方された薬を「与薬依頼票」とともに提出して下さい。
2. 飲ませる薬は1回分だけ持たせて下さい。(粉末・シロップ等)
3. 薬の入れ物や袋には名前を記入して下さい。
4. 薬は直接職員に手渡しして下さい。 処方された日 (月 日)

与薬方法	症状・病名	薬の内容	薬の種類	病院名	保管方法	受け取った職員
食 前		抗生物質	紛包 (包)	松下医院・守口耳鼻科	室温	
食 間		咳止め	錠剤 (個)	みたけ小児科	冷蔵庫	
食 後		下痢止め	シロップ	雄勝中央病院	その他	与薬した職員
その他		風邪薬	(個)	平鹿病院・横手病院	副作用	時 分
_____時		整腸剤	その他	いとう小児科・復古堂	なし	
		目薬		岡田小児科・石岡医院	あり・症状	
		塗り薬		()		

上記の薬を _____ 組 園児名 _____ に飲ませて下さい。

尚、この薬の与薬は、保護者の責任といたします。

依頼者 (サインか印) _____ 印

.....キ リ ト リ.....

薬 確 認 票

(保育園記載)

保 護 者 様

月 日

_____ さんに _____ 時 _____ 分 職員名 _____ 印が

上記のお薬を飲ませました。