

# 保育園での与薬依頼書

みなまつ保育園

令和 年 月 日

クラス ( ) 園児の氏名 ( ) 男・女	
保護者の氏名	( 印 )
電話番号	[ ]
病名	
処方された病院 主治医名	_____ 医院・病院 電話番号 [ ] _____
薬の種類	(該当に○をつけてください。) 風邪薬 ・ 抗生物質 ・ 下痢止め ・ 咳止め ・ 抗アレルギー薬 外用薬 ( ) ・ その他 ( )
調剤内容	
薬の剤型と 持参の個数	・ 粉薬 ( ) 袋 ・ シロップ (水薬) ( ) 本 ・ 外用薬 ( ) 本 ・ その他 ( )
処方された期間	月 日 ~ 月 日 までの _____ 日間
用法	・ 昼食後 すぐ ・ 食間 ( _____ 食後 _____ 時間) ・ 食前
保管方法	(該当に○をつけてください。) ・ 粉薬は室温で保管 ・ シロップ (水薬) は冷蔵庫で保管 ・ その他 ( )
外用薬などの 使用方法	( )
保育園記載	受領者サイン _____ 与薬者サイン _____ 与薬時刻 _____ 時 _____ 分