

与薬依頼票 (保護者記載用) 令和 年 月 日

依頼先	竜之口保育園				
依頼者	保護者氏名 子ども氏名	連絡先・電話 男・女	歳	ヶ月	
主治医	電話				
	(病院 ・ 医院) FAX				
病名 (又は症状)					
①持参した薬は、令和 年 月 日に処方された 日分のうちの <u>本日分</u>					
②保管は 室温 ・ 冷蔵庫 ・ その他 ()					
③ くすりの剤型 (該当するものに○)					
粉 ・ 液 (シロップ) ・ 外用薬 ・ その他 ()					
④くすりの内容 抗生物質・解熱剤・咳止め・下痢止め・かぜ薬・外用薬 ()					
調剤内容					
⑤使用する日時 令和 年 月 日 午前 ・ 午後 時 分					
又は 昼食 前 ・ 後					
⑥外用薬などの使用法					
⑦その他の注意事項					
薬剤情報提供書 あり ・ なし					
保育園記載	受領者サイン	保管時サイン	令和 年 月 日 時 分		
	投与者サイン	投与時刻	令和 年 月 日 午前・午後 時 分	又は 昼食 前 ・ 後	
	実施状況など				

保育園では原則として投薬をいたしません、やむを得ず持参される場合は、連絡票に記入して、薬と一緒にご提出ください。薬包・容器等にも氏名など記入してください。

- (注) 1 座薬は、副作用を考慮し保育園ではお預かりしません。
 2 薬は、園児を診察した医師が処方し調剤したもの、あるいはその医師の処方によって薬局で調剤したものであること。
 3 保護者の個人的な判断で持参した薬には、対応できません。
 4 本票の提出がない薬の投与はいたしません。

保 育 園	保 護 者 連 絡	投与時刻	令和 年 月 日 午前・午後 時 分
→		投与者サイン	又は 昼食 前 ・ 後
		実施状況など	