

お薬依頼票

年 月 日 記

依頼先 : 認定こども園 わだ																			
クラス :	組 子ども氏名 : 男・女																		
保護者名 :																			
主治医 : (病院・医院)																			
病名 (又は症状)																			
① 持参した薬は 月 日に処方されたもので、 月 日 時から使用しています。																			
② 保管は 室温・冷蔵庫・その他 ()																			
③ 薬の剤型 粉・液 (シロップ)・外用薬・その他 ()																			
④ この薬は 昼食前 昼食後 おやつ前 おやつ後 その他 () に使用します。																			
⑤ 外用薬などの使用法 (具体的に)																			
⑥ その他の注意事項																			
薬剤情報提供書 あり・なし																			
認定園記載																			
受領者サイン ^①				与薬時刻、与薬者サイン ^①															
/	印	/	印	/	印	/	印	/	(:)	印	/	(:)	印	/	(:)	印	/	(:)	印
/	印	/	印	/	印	/	印	/	(:)	印	/	(:)	印	/	(:)	印	/	(:)	印

諸注意

- ① 園で使用するお薬に対してお薬依頼票を1枚記入して、使用する期間持たせてください。
※市販の薬はお預かりできませんのでご理解ください。
- ② お薬依頼票と一緒に、お薬説明書もご持参ください。
※お薬説明書の原本を園でコピーして返却し、コピーした用紙は園で保管させていただきます。
お薬説明書を紛失された場合は、お薬手帳をご持参いただいてもかまいません。
- ③ 継続してお預かりする塗り薬やアレルギーの薬に関しては、毎月、月のはじめにお薬依頼票の提出をお願いいたします。
- ④ 誤薬防止のため、薬の袋や容器にクラス名、氏名をご記入下さいますようお願いいたします。
- ⑤ お薬は1回分をご持参ください。シロップは1回分を他の容器に移してください。