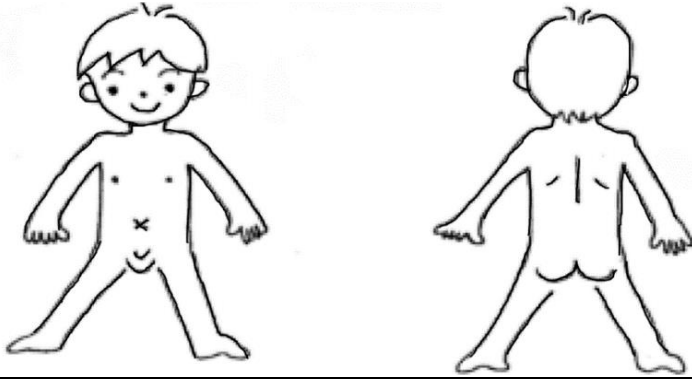


お薬依頼書

エンゼル保育園長

| | |
|-----------------|--|
| 保護者名 | |
| 緊急連絡先 (電話番号) | |

保育所での対応に活用するため、本表に記載された内容を保育所内で共有することに同意します。

| | | | |
|----------------------------|--|-----|--|
| 園児名 | | クラス | |
| 病院名 | (電話番号) | | |
| 病名 | | | |
| 主な症状 | | | |
| 薬品名 | | | |
| 剤型 | 飲み薬: 粉薬 ・ シロップ ・ 錠 | | |
| | 外用薬: 塗り薬 ・ 座薬 ・ その他() | | |
| ※塗り薬のみ 塗布する箇所に○をつけてください |  | | |
| 使用方法 (いつ、どんな時に) | | | |
| 病院での処方日 | 令和 年 月 日 | | |
| 薬の使用期限 | 令和 年 月 日 ※開封から半年経過した塗り薬はお預かりできません | | |
| 保管 | 室温 ・ 冷蔵庫 ・ その他() | | |

※原則、お預かりしている薬は月末に一度返却いたします。
※月をまたいで保育園に薬を預ける場合、トラブルや事故防止のため月初めに再度この依頼書を提出してください。

※園記入欄

| 月初記入 | 月末記入 | |
|-----------|------------|------------------|
| 受け取り職員サイン | 1. 使用しなかった | |
| 保管場所 | 2. 使用した | 月 日 与薬者: 与薬時間: : |
| | | 月 日 与薬者: 与薬時間: : |
| | 3. 毎日使用した | 月 日~ 月 日 与薬者: |