

くすりの依頼書(保護者記載用)

責任者	担任

令和 年 月 日

クラス名		園児氏名			
受診日	年 月 日	保護者名			
医療機関名		病名または症状			
薬の種類	粉薬 錠剤 シロップ 点眼(右・左) 軟膏 その他()				
薬の保管方法	常温 冷蔵 その他()				
与薬時間	食前 食後 その他()				
薬の名前と効能					
家庭での飲ませ方/ 軟膏を塗るところ					
注意事項					
	/ (月)	/ (火)	/ (水)	/ (木)	/ (金)
朝の与薬時間※家庭での服用時間					
保護者サイン					
受領者サイン					
園の与薬時間					
与薬者サイン					
与薬後の様子異常の有無	有() 無	有() 無	有() 無	有() 無	有() 無
返却保護者サイン					

【重要】

※朝の与薬時間の記入を忘れずにお願いします。また園での給食は家庭に比べて早めの時間になりますので朝薬服用は7時位まで服用をお願いします。朝の与薬時間から間隔を計算し服用させています。遅くなりますとお昼寝等の時間になり服用が困難となります。

※与薬期間終了した「与薬依頼書」は園保管のため提出をお願いします。