

# 与 薬 依 頼 書

	依頼先 保育園名 _____ 宛
	依頼者 保護者氏名 _____ (印) 連絡先 電話 _____ 子ども氏名 _____ 歳 カ月 _____
	持参したくすり _____ 年 月 日に処方された _____ 日分のうち本日分 _____
<b>主治医記入</b>	
	主治医 _____ 電話 _____ _____ (印) ( _____ 病院・医院) fax _____
	病名 (又は症状) _____
	① くすりは _____ 年 月 日に処方された _____ 年 月 日～ _____ 年 月 日までの _____ 日分
	② 使用する時間 午前・午後 _____ 時 _____ 分又は 食事 (おやつ) の _____ 分前・ _____ 分あと その他具体的に ( _____ )
	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・ステロイド・咳止め・外用薬 ( _____ )
	調剤内容 _____
	⑤ 保育時間中に使用しなければならない理由 _____
	⑥ 外用薬などの使用方法 _____
	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 _____ 月 日 午前・午後 _____ 時 _____ 分
	保管時サイン _____ 月 日 午前・午後 _____ 時 _____ 分
	投与者サイン _____ 投与時間 _____ 月 日 午前・午後 _____ 時 _____ 分
	実施状況など 投与なし 担当者サイン _____
	連絡票、薬返却時保護者サイン _____