与薬依頼票

こどもまんなか保育園

依頼日　令和　　年　　月　　日

依頼者（保護者名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿は下記の通り与薬を依頼します。

連絡先（　　－　　－　　）

【注意事項】

＊与薬をする場合、**①与薬依頼票　②1回分の薬**　が必要になります。
与薬依頼票の提出がない場合は　与薬ができませんので、忘れずに事務所へ提出してください。
＊誤薬を避けるため、**容器・薬袋には必ず与薬が必要な園児の氏名、**をご記入下さい。
＊ 内服中、外遊び・体育教室を控えてほしい場合は、その都度声をかけて下さい。
＊与薬依頼票の内容に変更がある場合は、必ず事務所までお申し出ください。
＊土曜日及び希望保育日は（お盆・年末年始など）看護師不在の為、薬はお預かりできませんのでご了承ください。

クラス　　**園児名**					
病名　（症状）					
受診医院・病院		**受診日**	令和　　年　　月　　日		
園での与薬期間	令和　年　月　日 から 令和　年　月　日までの（　　）日間				
薬の種類 **＊該当するものに〇をつけて下さい。薬が複数ある場合は個数を記入して下さい。**	**・粉（　　袋）**	**昼食前**	**昼食後**	**その他**	**薬の内容：抗生物質・風邪薬・咳止め・整腸剤　その他** **使用方法・注意事項：食間など**
	・水薬（　　本）	**昼食前**	**昼食後**	**その他**	**薬の内容：抗生物質・風邪薬・咳止め・整腸剤　その他** **使用方法・注意事項：食間など**
	・塗り薬（　　種類）	**昼食前**	**昼食後**	**その他**	**使用方法・注意事項：部位・回数など**
	・目薬（　　本）	**昼食前**	**昼食後**	**その他**	**使用方法・注意事項：回数・指定時間など** **点眼（右 ・ 左 ・ 両目）**
	・その他　（　　）				

月／日	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
与薬者サイン											
実施確認者サイン											