

< 与薬依頼票 >

☆外用薬用☆

受領者サイン

処方された薬の内容、投与方法および副作用について、医師から十分な説明を受け理解しました。
与薬の責任は保護者にあるとした上、保育園の看護師、または保育士に与薬を依頼します。

☆与薬についての注意事項☆

- 医師の処方した薬に限ります。（市販薬はお受けできません）
- 薬剤情報提供書（お薬の説明書またはお薬手帳）をお持ちいただき職員に直接お渡し下さい。
- 薬には必ず容器や袋に名前を記入し持参してください。
- 薬の保管（外用薬）は基本一カ月間とする。
- 与薬依頼票は当月分のみ有効。翌月にも預かりを希望する場合は改めて提出してください。

依頼日	令和 年 月 日 ()				
児童名					
保護者名					
クラス名					
処方病院	医療機関名				
	疾患名・症状				
処方日	令和 年 月 日				
使用する期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日				
薬の保管	室温・冷蔵庫・その他 ()				
外用薬	剤型 (軟膏・クリーム・ローション・目薬・その他)				
	薬品名				
	使用部位				
	使用方法				

※点眼薬など2種類ある場合は詳しい投与方法を記載してください

日付	実施者サイン	使用時刻	日付	実施者サイン	使用時刻
/ ()			/ ()		
/ ()			/ ()		
/ ()			/ ()		
/ ()			/ ()		
/ ()			/ ()		
/ ()			/ ()		
/ ()			/ ()		
/ ()			/ ()		
/ ()			/ ()		
/ ()			/ ()		
/ ()			/ ()		