

お薬依頼書

幼保連携型認定こども園和光 園長殿

年 月 日	平成	年	月	日 (曜日)
依頼者氏名 (保護者)				
クラス名		園児氏名		
病院 (医院) 名				
病名 (または症状)				
①持参したくすり 年 月 日に処方された				
②薬の剤型 (該当するものに○)				
粉 (種) ・ 液 (シロップ) ・ 外用薬 ・ その他 () ・ 外用薬				
③くすりの内容				
かぜ薬 ・ 抗生物質 ・ 解熱剤 ・ 咳止め ・ 下痢止め ・ その他 () ・ 外用薬 ()				
④朝飲んだ時間 ★ (時 分)		⑤使用するくすりの時間 食前 ・ 食後 ・ その他 (時 分)		
園 記 入	受領者サイン		与薬者氏名	
	与薬時間	午前 ・ 午後	時	分
	《 備考 》			

★ 保護者の依頼に基づき当園職員が投薬することによって生じた病状悪化などについて
当園では、一切責任を負いませんので、予めご了承ください。

★ 医療機関からの処方された薬に限ります。保護者の判断で持参した薬は対心致しま

★ 巾取の薬、解熱剤、坐薬、鎮痛剤はお預かりできません。

★ 一回分を持参する。水薬は小さい容器に移して持参下さい。

★ 長期間継続して飲まなければならぬ薬の場合は、別途ご相談ください。

★ 吸入などの医療行為は当園では実施できないことになっております。

★ 昼食後に投与する必要がある場合は、服用間隔が4時間以上空くようにして下さい。