

# 与 薬 依 頼 書

すばる保育園 宛

保護者に代わり、与薬をお願いします。

保護者名

印

太枠内をご記入ください。

月　　日　(　　)	組	名前
-----------	---	----

医療機関	所在地 名　称		
病　名		受診日	月　　日　(　　)
		処方期間	月　　日～　月　　日(　　日間)
薬の種類	粉薬・水薬・外用薬 その他(　　)	時　間	食前・食後・その他(　　)
薬の名称		保管方法	常温・冷蔵・その他(　　)
数	包	医療機関からの薬剤情報を必ず添付してください。コピーをいただきます。	

- ※ 医師より処方された期間内のみ受け付けます。 外用薬（塗り薬等）も同様です。
- ※ 外用薬（塗り薬等）も“一回分”のみを、小さな容器に入れて持参ください。
- ※ 保護者の要望通りの与薬により、結果的に身体・健康に弊害が生じた場合でも、保育園としては一切責任を負えません。
- ※ 与薬依頼の都度、毎回「与薬依頼書」をご提出ください。
- ※ 薬剤情報は、投薬期間中の同じ薬の場合は、初回に提出いただくだけで構いません。
- ※ その他「入園のしおり」の「与薬について」の項をよくご確認ください。

## 保育園 記入欄

受託者氏名	
受託時間	：
与薬者氏名	
与薬時間	：

施設長	与薬者