

投薬依頼書 (外用薬1週間用)

※太枠内をご記入ください。

<依頼日> 令和 年 月 日 (曜日)		
<クラス名・園児名> _____ 組 _____		
<保護者名>		
<病名(または症状)>		
<医療機関名>		
<持参した薬> 処方日 年 月 日に 日分処方 保管 室温・冷蔵庫 薬の形態 軟膏・クリーム・点眼・ 薬の内容 かゆみ止め・化膿止め・炎症止め・ その他 ()		
<与薬希望時間> 昼食前・昼食後・おやつ後・その他 ()		
<与薬方法> (外用: 部位) 外用: 体全体・顔・手・足・体幹・その他 ()		
<注意事項>		
日付	保護者サイン	保育者サイン
/		
/		
/		
/		
/		
/		

投薬依頼書について(外用薬1週間用)

薬を持参しての登園は本来望ましくないのですが、通院しての病状が回復し、保育園での集団生活が可能であれば、医師の指示された薬に限り、保護者との信頼関係のもとにお預かり致します。

薬を持参した場合の注意

- ※左側の投薬依頼書に記入して下さい。
- 依頼書は間違いの無いように、また、記入漏れがないようにして下さい。
- ※不備があった場合は与薬出来ない場合があります。
- ※薬は医師の指示薬に限ります。
- ※投薬依頼書と薬は中身が見える袋(チャック付ポリ袋)に入れて保育士に手渡して下さい。
- ※薬とチャック付ポリ袋にフルネームで名前を書いて下さい。

保護者へのお願い

※薬は、保育の合間を見てのことなので事情によってはご希望のようにならない場合もあります。