

## 与薬依頼書

あけぼの保育園 殿

受診の結果、医師より下記の指示がありましたので、お願いします。

園児名		保護者名		㊟
処方を受けた医療機関名				
医療機関電話番号 <small>(緊急時に連絡がとれるよう、記載してください)</small>				
病名または症状				
与薬期間	年	月	日	～ 年 月 日
内服薬	① 粉	シロップ	錠剤	(食前 食後 その他 )
	② 粉	シロップ	錠剤	(食前 食後 その他 )
	③ 粉	シロップ	錠剤	(食前 食後 その他 )
	④ 粉	シロップ	錠剤	(食前 食後 その他 )
※あてはまるものに○印				
塗り薬	患部		時間	
薬の飲ませ方・塗り薬の使用法				
その他の注意事項				
この薬を保育園の保育士が園児に投与することに関して、万が一事故が起きても、あけぼの保育園の保育士への責任は問いません。				
※内服薬は、必ず一回分だけ持ってきてください。				
※内服薬が複数の場合には、それぞれ①②③④と薬に記入してください。				
※薬には、園児名を記入し、必ず保育士に手渡しをお願いします。				
保育園記入欄				
月 日	投与時間	投与者	投与した薬(番号)	
月 日	:			
月 日	:			
月 日	:			
月 日	:			
月 日	:			

※塗り薬の与薬期間に関しては、最長3ヶ月とします。