# 札幌はこぶね保育園与薬依頼票（保護者記載用）

| | |
|---|---|
| 依頼先 | 札幌はこぶね保育園　　園 長　佐々木 克幸 |
| 主治医 | 病院・医院<br>医師名　　電話　　－　　－ |
| 病 名 | |
| 症 状 | |
| ①持参したくすりは、　　年　　月　　日に処方された　　日分のうち本日分 | |
| ②保管は　　室温 ・ その他（　　）＊冷蔵庫での保管はできません。 | |
| ③薬の剤型（該当するものに〇）　・粉　・液（ｼﾛｯﾌﾟ）　・外用薬　・その他（　　） | |
| ④薬の内容 | 1. 抗生物質　2. 解熱剤　3. 咳止め　4. 下痢止め　5. かぜ薬<br>6. 外用薬　7. 目薬　8. その他（　　） |
| ⑤薬　名 | |
| ⑥使用する日時 | 年　　月　　日 ～　　月　　日 |
| | 時　　分ころ　または　食前 ・ 食後 |
| | その他具体的に（　　） |
| ⑦塗り薬などの使用法 | |
| ⑧その他の注意事項 | |

上記の依頼票により、保育園で与薬させた薬によって生じた副作用について、一切異議を申し立てない事を認め ます。

年　　月　　日　　園 児 名

組

保護者署名

| 投薬依頼日時 | 年<br>月 日 | 年<br>月 日 | 年<br>月 日 | 年<br>月 日 | 年<br>月 日 | 年<br>月 日 | 年<br>月 日 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 受領者サイン | | | | | | | |
| 投薬者サイン① | | | | | | | |
| 投薬者サイン② | | | | | | | |

・当保育園には看護士がいないため、なるべく与薬は家庭ですることを基本としています。
・そのため、可能な限り、時間をずらして保護者の方によって飲ませていただくか、一日2回の投薬に調整していただくようにしてください。
・この与薬依頼表は、薬とともにお持ちください。また薬剤情報提供書がある場合は、それも合わせて提出してください。
・数日続けて与薬が予想されるものであっても、その日の分しかお預かりできません。
・薬には、必ず日付と名前をお書きください。