【記入の仕方】

園に最初に持参する日付

令和　〇年　〇月　〇日

与薬依頼書

保護者名（依頼者）　ハピネス　太郎　ネハピ　印

（園児名）　ハピネス　花子　は、下記の医師の指示により保育施設でも投薬させる必要がありますので、保護者に代わり薬の投与を依頼します。

～保護者記入欄～

病院名	〇子どもクリニック
病名	副鼻腔炎
医師名	宮城　健太郎
症状	鼻水
薬の種類	粉薬（ 1 包）・ シロップ（　　ｃｃ）・
	錠剤（　　錠）・ 外用薬 ・ その他
保管方法	常温 ・ 冷蔵
投与時間	食前 ・ 食後 ・ その他（　　）
処方内容	薬品名
	容量
	用法
外用薬などの使用方法 ※使用する箇所に〇をつけて下さい。	
その他の注意事項注意点があったらお書き下さい。	

薬の説明書の内容を記入

与薬予定日	令和　年　月　日	令和　年　月　日	令和　年　月　日	令和　年　月　日	令和　年　月　日
日付	朝の服用時間	受付者	投与時間	投与者	確認者	備考
	:		:			
	:		:			
	:		:			
	:		:			
	:		:			
	:		:			
	:		:			
	:		:			
	:		:			
	:		:			
	:		:			
	:		:			
	:		:			
	:		:			
	:		:			
	:		:			
	:		:			
	:		:			
	:		:			
	:		:			
	:		:			

薬の説明書に書かれた期間を記入。
その期間を過ぎたお薬はお預かりできません

↑この部分を登園時に毎日記入ください

園で記入します

◎必ず処方時にもらった**薬の説明書のコピー**を添付して下さい。
◎薬と与薬依頼書は、必ず職員に手渡しして下さい。
◎薬は1回分お預かりします。シロップは空の容器に入れて下さい。
◎薬の容器、袋には必ず薬品名とお子さまの名前をご記入下さい。（薬を入れる袋にも名前を記入して下さい。）
◎坐薬は医療行為となりますので与薬は致しておりません。
◎印鑑・記入漏れはないか確認して下さい。（訂正は訂正印にてお願いいたします）
◎薬の**服用期限（与薬予定日）のきれた薬は与薬できません。**　（服用期限は、受診した日から数えて記入して下さい。）
◎薬を飲む間隔は十分にあけ、決まりを守って服用しましょう。
◎長期の塗り薬は別途お声がけください。

薬をご持参いただく前にお読みください