

# お薬依頼書

平成 年 月 日

大宮保育園 園長殿

下記の通り、私に代わり投薬・塗り薬・点眼薬をお願いします。

**(保護者記載用) (必要なところは○で囲んでください)**

依頼先	(社福)大宮保育園	医療機関名								
依頼者	クラス	園児名						保護者名		
病名	風邪・咳・下痢止め・中耳炎・その他( )									
持参した薬は	年	月	日に処方された	日分のうち日分						
保管	温室	冷蔵庫	その他( )							
薬の種類	粉	シロップ	外用薬	目薬	その他( )				合計【	種類】
薬の内容	抗生物質	咳止め	下痢止め	かぜ薬	その他( )					
服用方法	食前	食間	食後	おやつ	前・後	その他( )				
備考										

◇与薬確認表◇ 保護者確認のサインは、必ずお願いします。

日付	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
受付者サイン										
与薬者サイン										
投薬時間	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:
保護者確認 サイン										

※投薬(粉末・水薬)は、1回分だけお預かりします。

※座薬・市販の薬・解熱剤は扱いません。

※直接、薬の袋、及び容器にクラスの名と名前の記入をお願いします。

※園の方で「お薬依頼書」は保管しますので、最後は事務所に提出をお願いします。