与薬依頼表

野沢そらの木保育園園長　殿

依頼日：　　年　　月　　日（　　）

処方された薬の内容、投薬方法および副作用について医師の説明を受け理解しました。
与薬の責任は保護者にあるとした上、保育園の看護師または保育士に与薬を依頼します。

保護者サイン：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

児童名		病院名	

内服薬	薬名・剤型 （①水薬　②粉薬　③錠剤）
	与薬時間 昼食前　・　昼食後　・　その他（　　）
外用薬	薬名・剤型 （①軟膏　②クリーム　③ローション　④目薬　⑤その他）
	使用時間・使用方法・使用場所
処方日	年　　月　　日
与薬依頼期間	年　月　日　～　年　月　日
与薬方法	そのまま　・　水に溶かす　・　その他（　　）

月	保護者印	受領印	与薬者印	与薬時間	与薬時の状況
/　(　)				:	
/　(　)				:	
/　(　)				:	
/　(　)				:	
/　(　)				:	
/　(　)				:	

※経過観察のため写真撮影をさせて頂く場合があります。（　同意する　・　同意しない　）
※薬剤情報提供書を一緒に持参して下さい。
※薬は必ず容器や薬に名前を書いて、１回分だけ持参して下さい。（水薬も同様）
※与薬期間終了後、本用紙は当園で保管するため返却下さい。