

# 薬の依頼書

依頼日： 年 月 日	依頼先：ときわ保育園		
クラス名： 組	園児氏名：	保護者氏名：	
病名または症状：			
医療機関名：		TEL:	
(緊急時に連絡がとれるようにご記入ください)			
薬の処方日： 年 月 日			
薬の内容 抗生剤・鼻水止め・咳止め・整腸剤・その他( )			
薬の種類と数 (薬剤情報提供書も一緒に提出してください)			
粉薬 ( 種)・シロップ薬 ( 種)・ぬり薬 ( 種)			
目薬 ( 種)・その他 ( )			
使用期間： 年 月 日 ~ 年 月 日の 日間			
内服薬の使用時間：昼食前・昼食中・昼食後・その他 ( )			
外用剤の使用法：			
その他の注意事項：			
・薬を飲んでおりますので体調の変化がみられる時には、速やかなお迎えの連絡を致しますので、お迎えにこれる体制をつくっておいて下さい。 ・薬の使用により、何らかの事故等が発生しましても保育園側は一切の責任は負えませんことをご承知下さい。 _____年 月 日 保護者氏名 _____ ⑩			

- ・診察を受ける時に「保育園に通っていること」を医師に必ずお伝え下さい。
- ・医療機関からの処方であること。保護者の判断で持参した薬は対応できません。
- ・お子さんの氏名を書いた封筒 (ご家庭でご用意ください) に1回分を入れ、職員に必ず手渡しして下さい。(シロップ薬は1回分を小さな容器に移して下さい)
- ・市販の薬、解熱剤、座薬、鎮静剤、気管支拡張剤、スプレー式のもの等、お預かりできない薬があります。
- ・吸入などの医療行為はできません。
- ・「薬の依頼書」の記載内容に変更が生じた場合は、改めて提出して下さい。

# 連絡票

園児氏名	
薬の依頼書提出日	年 月 日
使用期間	年 月 日～ 年 月 日の 日間

月日	預かった職員 サイン	使用時間	担当した職員 サイン	連絡欄
/		時 分		全量・半分・飲まない・その他（ ）
/		時 分		全量・半分・飲まない・その他（ ）
/		時 分		全量・半分・飲まない・その他（ ）
/		時 分		全量・半分・飲まない・その他（ ）
/		時 分		全量・半分・飲まない・その他（ ）
/		時 分		全量・半分・飲まない・その他（ ）
/		時 分		全量・半分・飲まない・その他（ ）

翌日からは、この連絡票と薬を一緒にご持参下さい。