お薬依頼・連絡票

依頼日　　年　　月　　日

園長殿

保護者名　　印

TEL(　　)　　ー　　(本日の連絡先)

次の園児においては、医師と相談の結果、指示によりやむを得ず園での教育・保育時間中に与薬が必要となりました。つきましては、保護者の責任において、こども園での園児に対する与薬を下記の通り依頼します。

園名・組名	本妙寺こども園　　組
園児名	(　　年　　月　　日生)
医療機関名 (担当医師名)	TEL(　　)　　ー
病名(又は症状)	
①薬の処方日	年　　月　　日
②保管方法	室温・冷蔵庫・その他(　　)
③薬の剤形	粉・液(シロップ)・外用薬・その他(　　)
④薬の内容	抗生物質・解熱剤・咳止め・外用薬・その他(　　)
⑤使用する日時	年　　月　　日の食前・食後・その他(　　)
⑥服用方法	そのまま・水で溶く・その他(　　)
⑦外用薬などの使用法	塗り薬：回数　　回(時間　　)　患部(　　) 点眼薬：回数　　回(時間　　)　患部(　左目・右目　) その他具体的に(　　)
⑧薬の説明書	あり・なし
⑨その他の注意事項	あり・なし

こども園記載	受領サイン　　保管サイン	最終園長印
	与薬サイン　　与薬時間　　年　　月　　日　　時　　分	
	ダブルチェックサイン	
	実施状況など	

こども園記載	受領サイン　　保管サイン
	与薬サイン　　与薬時間　　年　　月　　日　　時　　分
	ダブルチェックサイン
	実施状況など