

## 与薬依頼書(保護者用)

～2日間までの処方・頓服・抗痙攣坐薬用～

令和 年 月 日

クラス名:

園児名:

保護者名:

医療機関:

処方期間:令和 年 月 日 ~

令和 年 月 日

<〇をつけてください>

与薬時間: 食前 食後 その他( )

薬の種類: 粉薬 錠剤 シロップ その他( )

確認欄

預かった職員	服用させた職員	服用した時間

注意事項

- ☆お預かりは医師の処方薬のみです。市販薬のお預かりはできません。
- ☆お薬手帳、又はお薬説明用紙のコピーを添付してください。
- ☆ 屯服薬、抗痙攣薬の坐薬、については『投薬指示書』も必要となります。
- ☆ 薬は一回分にわけて記名してください。
- ☆ 必ず職員に手渡してください。

アゼリー保育園

## 与薬依頼書(保育園控え)

～2日間までの処方・頓服・抗痙攣坐薬用～

令和 年 月 日

クラス名:

園児名:

保護者名:

医療機関:

処方期間:令和 年 月 日 ~

令和 年 月 日

<〇をつけてください>

与薬時間: 食前 食後 その他( )

薬の種類: 粉薬 錠剤 シロップ その他( )

確認欄

預かった職員	服用させた職員	服用した時間

職員の方へ

- ☆ 確認欄には氏名、服用時間を記入してください。
- ☆ 降園時に、内服したあとの空の薬袋と一緒に左側の用紙のみ切り取ってお返してください。

アゼリー保育園