

与薬依頼票（内服薬用）

保育園へ登園する子ども達は、集団生活に支障がない健康状態（薬の投与が必要ない状態）にあるため、通常保育園でくすりを扱うことはありません。
ただし、保育時間内にどうしても必要なくすりは、医師の指示があった場合のみ取り扱います。
医師の診察を受ける際は、保育園に通っているため風の内服はできるだけ避けたい事を必ず伝えてください

依頼先	ありのみ保育園 園長 殿		
依頼者	保護者氏名：	日中連絡先：	- -
子どもの氏名	(男・女) クラス：		歳 ヶ月
病名 (または症状)			
◆該当するものに○、または明記のこと			
(1)持参したくすりは、平成 年 月 日に処方された 日分のうちの本日分 ※シロップ薬は1回分となっていない場合お預かりすることはできません。 ※くすりは一包ずつ全てに薬剤名と氏名がかかれていなければお預かりできません。			
(2)保管方法	室温 ・ 冷蔵庫 ・ その他 (具体的に記入：)	
(3)くすりの剤型	粉 ・ 液(シロップ) ・ その他 ()		
(4)くすりの内容	※薬剤情報提供書を必ず一緒に提出してください		
	※投薬が必要なくすり全ての薬剤名を明記		
(5)使用する日時	平成 年 月 日		
	昼食前 ・ 昼食後 ・ その他具体的に(例：〇時など)		
(6)くすりの飲ませ方			
	粉のまま 水に溶かして その他 (具体的に：)		
----- 様			
<input type="checkbox"/> お預かりしたくすりを、連絡票に記載された通りに内服させました			
平成 年 月 日 受領者サイン： 投与者サイン：			