

お薬依頼書

記入のうえ保育士に薬と一緒に手渡しください。

| | | | | |
|------------------|-------------------|---------|---|---|
| 依頼日 | | 年 | 月 | 日 |
| 病院から処方された日 | | 年 | 月 | 日 |
| 依頼先 認定こども園 寺田保育園 | | | | |
| 組 | | 園児名 | | |
| 保護者名 | | 印 又はサイン | | |
| 病名又は症状 | | | | |
| 病院名 | | | | |
| 薬の内容 | 抗生物質・かぜ薬・咳止め・下痢止め | | | |
| | 塗り薬・点眼・その他 () | | | |
| 昼食前 | 水 ・ 粉 ・ 塗 ・ 点眼 | | | |
| 昼食後 | 水 ・ 粉 ・ 塗 ・ 点眼 | | | |
| 3時おやつ前 | 水 ・ 粉 ・ 塗 ・ 点眼 | | | |
| 3時おやつ後 | 水 ・ 粉 ・ 塗 ・ 点眼 | | | |
| 受付保育士 | | 投与保育士 | | |

※万が一投薬によって事故が生じた場合、園又は保育士への責任は問いません。

※薬は1回分ずつ記名して持たせてください。