

服用依頼書

中村こども園 組 氏名

医療機関を受診し、処方を受けました。
医師の指示期間加療が必要なため、保育中の与薬をお願い致します。

受診日 年 月 日

病名（診断名・症状）

受診した医療機関名

薬の処方内容（該当するものに○をつけてください）

形 状	入れ数	内 容
水薬	本	抗生物質 咳止め 整腸剤
粉薬	袋	抗アレルギー薬
軟膏	本	その他（ ）
目薬（右 左）	本	

処方（服用指示）期間 ※明記してください

月 日 ～ 月 日まで

回／日 日間分処方

◎与薬依頼日に日付を記入し、保護者印を押印してください

与薬依頼日	/	/	/	/	/
保護者印					
与薬者					

切り取って提出してください

※お願い

医師から処方された薬は、基本的にはご家庭での与薬をお願いしています。

薬の預け方

1. 1回分の薬（軟膏や目薬はその限りではありません）
2. 薬剤情報提供書（お薬説明書や医院や薬局名の入った薬袋など）
3. 服用依頼書（本紙左の書類）

上記3点をジッパー付きの袋やケースに入れ、登園時またはバス乗車時に職員に手渡ししてください。
薬、袋やケースには必ずひとつずつ名前を書いてください。

手渡しで預かっていない薬や上記3点に不備や不足がある、投与指示期間を超えた薬は、与薬・対応できません。
ご理解ください。

詳しい説明は、入園のしおりをお読みいただくか、園にお問い合わせください。