

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。