

【長期間用】

与薬依頼票

はすめま第二保育園

年 月 日

下記の園児は医療機関において加療中です。登園に際し、保護者に代わり与薬をお願いします

園児名	() 組		
保護者名 (依頼者)	緊急連絡先TEL()		
医療 機関名	医院(病院)	TEL	
処方日	年 月 日		
病名 (症状)			
薬の 種類	塗薬・座薬・その他() 1回(袋・錠) ※ 該当欄に○		
保管場所	室温・冷蔵庫・その他() ※該当欄に○		
薬使用時 の指示			
園生活における 注意事項			
与薬時間		受領者	

- ① 担当保育士と、園長、主任が与薬にあたります。同時に、緊急連絡先への連絡、救急搬送も視野に入れて行います
- ② 与薬連絡票、未記入の箇所があった場合には、与薬できません
- ③ 裏面に、薬剤情報提供文書のコピーを添付してください
- ④ 与薬保管の最大期間はお預かりより最大1年間(半年毎の見直しをお願い致します)

はすめま第二保育園 園長宛

上記により、与薬をお願い致します。

保護者名 _____ (印)