

おくすり依頼書

No. _____
平成 年 月 日

くみ _____ 園児名 _____ 保護者名 _____ (印)

連絡先(Tel): _____ (勤務先 ・ 携帯電話 ・ 自宅 ・ その他)

病名 または症状			病院名		
処方日	平成 年 月 日 ()				
依頼期間	平成 年 月 日 () ~ 平成 年 月 日 ()				
くすりの種類	内容 : 抗生剤 ・ 鼻水止め ・ 咳止め ・ 下痢止め その他 () 時間 : 食前 ・ 食後 ・ 食間 (時頃) その他 () 形状 : 粉薬 (包) ・ シロップ ・ 錠剤 (錠) 外用薬 () ・ その他 () 保管 : 室温 ・ 冷蔵庫 ・ その他 () 使用方法 : そのまま ・ 水で溶く ・ その他 ()				
連絡事項					
/	/	/	/	/	/
受付者	実施者	受付者	実施者	受付者	実施者

- * 薬剤情報提供書または薬名がわかるものを一緒に提出してください。(コピー可)
- * できるだけ自宅で与薬できるようにかかりつけの医師と相談してください。
- * やむを得ずこども園に薬を預ける場合は、最小限にしてください。尚、かかりつけの医師から処方された薬に限ります。
(市販薬はお預かりできません。)
- * 薬は1回分のみです。必ず1つ1つにフルネームを書いてください。
(シロップは1回分を適当な容器に入れてください。)