お　薬　依　頼　書

依頼日期間	年　　月　　日　～　　月　　日迄
依　頼　先	ぎのわんおひさま保育園
クラス名・園児名	組　　園児名
保護者名	
病名・病院名	病名　　病気
薬の種類	水薬　　粉薬　　錠剤　　軟膏　　その他（
与薬時間	食前　　食間　　食後　　その他（　　）
薬の内容	抗生剤　下痢止め　風邪薬　その他（　　）外用剤（塗薬　点眼）
投与保育士	

（注意事項）

① 「お薬依頼書」に必要事項を記入の上薬に添付し保育士に手渡しして下さい。

② 医療機関からの処方であること。市販の薬、解熱剤、座薬、鎮痛剤はお預かりできません。

③ 1回分を持参して下さい。水薬は小さな容器に移して下さい。

④ 薬の容器、袋には名前が明記されているか確認して下さい。

⑤ 長期間継続して飲まねばならない薬の場合はご相談下さい。

⑥ 吸入などの医療行為は園では実施できない事になっています。

お　薬　依　頼　書

依頼日期間	年　　月　　日　～　　月　　日迄
依　頼　先	ぎのわんおひさま保育園
クラス名・園児名	組　　園児名
保護者名	
病名・病院名	病名　　病気
薬の種類	水薬　　粉薬　　錠剤　　軟膏　　その他（　　）
与薬時間	食前　　食間　　食後　　その他（　　）
薬の内容	抗生剤　下痢止め　風邪薬　その他（　　）外用剤（塗薬　点眼）
投与保育士	

（注意事項）

① 「お薬依頼書」に必要事項を記入の上薬に添付し保育士に手渡しして下さい。

② 医療機関からの処方であること。市販の薬、解熱剤、座薬、鎮痛剤はお預かりできません。

③ 1回分を持参して下さい。水薬は小さな容器に移して下さい。

④ 薬の容器、袋には名前が明記されているか確認して下さい。

⑤ 長期間継続して飲まねばならない薬の場合はご相談下さい。

⑥ 吸入などの医療行為は園では実施できない事になっています。