

# お薬依頼書

依頼者氏名 \_\_\_\_\_ 続柄( ) \_\_\_\_\_

ふりがな

依頼日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

児童氏名 \_\_\_\_\_

診察医師により、保育時間内の与薬が必要であるとの指示がありました。つきましては、別紙の利用連絡票、またはお薬手帳の控えの通り、与薬を依頼致します。  
 なお、実施施設に対して与薬についての責任は問いません。

保護者氏名(署名) \_\_\_\_\_

※ お薬は1回分のみのお預かりとなります。各お薬に、お子さまのお名前と薬品名の記入をお願い致します。  
 ※ 状況に応じて確認の電話を入れる場合がありますが、ご了承ください。

※太枠内をご記入ください

お薬の名前	保管方法	1日の回数	最後の与薬時間	保育室での与薬時間	
				与薬者	確認者
	常温 ・ 冷所	回 食前・食後	・ ・	・	
	常温 ・ 冷所	回 食前・食後	・ ・	・	
	常温 ・ 冷所	回 食前・食後	・ ・	・	
	常温 ・ 冷所	回 食前・食後	・ ・	・	

頓用薬 (解熱剤・軟膏・貼用など)	お薬の名前	保管方法	使用の目安 例: 38.5℃以上の時	最後の使用日時		保育室での与薬時間	
				月	日	与薬者	確認者
		常温 ・ 冷所		・	・		
		常温 ・ 冷所		・	・		
	常温 ・ 冷所		・	・			

※確認後、サインをお願いします。

受領者	返却者

- 与薬内容の確認  
 返却薬の確認

保護者