

令和4年度 与薬依頼書				
依頼先 /期間	豊木認定こども園		月 日 ~ 月 日	
組 /名前	組		保護者名	Ⓜ
主治医	病院・医院		症状	
調剤 薬局名			内容	・ 抗生剤 ・ 咳止め、鼻水、痰 ・ 整腸剤 ・ 外用薬(湿布・点眼)
薬の種類	粉	シロップ	錠剤	与薬時間 昼食前 昼食後
種類数				
他の薬	点眼	軟膏	その他	外用薬等 処置時間
種類数				
保管場所	室温 ・ 冷蔵庫 ・ その他 ()			
連絡事項				
1週間分	月日	園の受領者	園の与薬時間	与薬者
1	/		:	
2	/		:	
3	/		:	
4	/		:	
5	/		:	

【注意事項】

- ・できるだけ自宅にいる間に内服できるようにかかりつけの医師と相談してください。
- ・預かる薬は医師から出された薬に限ります。(解熱剤・市販薬はお預かり致しません。)
- ・薬は1回分です。シロップは適当な容器に入れ、粉薬の袋にも必ず名前と日付を書いてください。
- ・与薬依頼書の提出がない場合や袋等に名前と日付がない場合は投与ができません。
- ・薬は保護者の方が職員へ**手渡し**でお願いします。手渡しでないと投与ができません。
- ・この用紙がなくなった方は担任や職員室までお申し出ください。

令和4年度 与薬依頼書				
依頼先 /期間	豊木認定こども園		月 日 ~ 月 日	
組 /名前	組		保護者名	Ⓜ
主治医	病院・医院		症状	
調剤 薬局名			内容	・ 抗生剤 ・ 咳止め、鼻水、痰 ・ 整腸剤 ・ 外用薬(湿布・点眼)
薬の種類	粉	シロップ	錠剤	与薬時間 昼食前 昼食後
種類数				
他の薬	点眼	軟膏	その他	外用薬等 処置時間
種類数				
保管場所	室温 ・ 冷蔵庫 ・ その他 ()			
連絡事項				
1週間分	月日	園の受領者	園の与薬時間	与薬者
1	/		:	
2	/		:	
3	/		:	
4	/		:	
5	/		:	

【注意事項】

- ・できるだけ自宅にいる間に内服できるようにかかりつけの医師と相談してください。
- ・預かる薬は医師から出された薬に限ります。(解熱剤・市販薬はお預かり致しません。)
- ・薬は1回分です。シロップは適当な容器に入れ、粉薬の袋にも必ず名前と日付を書いてください。
- ・与薬依頼書の提出がない場合や袋等に名前と日付がない場合は投与ができません。
- ・薬は保護者の方が職員へ**手渡し**でお願いします。手渡しでないと投与ができません。
- ・この用紙がなくなった方は担任や職員室までお申し出ください。