お薬依頼書

依 頼 日　令和　年　月　日　依頼先【 めばえ保育園 】 依頼期間　/（ ）～ /（ ）まで【 日間】	
組 児童名：　保護者名：　㊞	
病名/症状	病院名 処方日：　年　月　日
薬の内容 ・抗生剤　・下痢止め　・咳止め　・鼻水止め　・整腸剤　・外用薬　・その他 薬の性状 ・粉　・シロップ　・軟膏　・その他	
薬の成分（名前）	シロップの場合１回量を記入 ml
内服時間 ・ 昼食前 ・ 昼食後	薬の保管方法 ・ 常温保管 ・ 冷蔵庫保管
服薬の際、ご家庭で工夫されている事	

受付保育者【　　】

日 付	日（ ）	日（ ）	日（ ）	日（ ）	日（ ）	日（ ）
投 与 保育者						
日（ ）	日（ ）	日（ ）	日（ ）	日（ ）	日（ ）	日（ ）

- 持参する薬は1回分ずつお願いします。(容器や分配袋にはご記名下さい。)
- 記入漏れがある場合は、電話にて確認をさせて頂きます。確認が取れない場合は、投与できない事もありますので、ご注意下さいませ。
- 上記をご記入のうえ、保護者が直接、保育士にお薬と一緒にお渡し頂きますようお願いします。なお、園規程おきまして、解熱剤・市販のお薬はお預かりしておりません。

社会福祉法人 新里福祉会 めばえ保育園