

与薬依頼書（保護者記載用）

令和 年 月 日

社会福祉法人 白百合会
丸山台保育園 園長

保護者 _____ 印

園児名 _____ 男・女（ 歳 ヶ月）

緊急連絡先（電話） _____

保育所での対応に活用するため、本表に記載された内容を保育所内で共有することに同意します。

1. 主治医：	(_____ 病院・医院)					
連絡先（電話）：	_____					
住所	_____					
2. 病名：	_____					
主な症状	_____					
保育所生活における注意事項	_____					
3. 持参した薬	_____					
1) 薬品名：	_____					
2) 剤 型：	_____					
飲み薬：	散（粉薬） ・ シロップ ・ 錠					
外用薬：	塗り薬 ・ 座薬 ・ その他（ _____ ）					
3) 使用方法（いつ、何時に、どんなときに、など具体的に書いてください）	_____					
4. 保管	_____					
室温 ・ 冷蔵庫 ・ その他（ _____ ）	_____					
5. その他の注意事項	_____					
使 用 日	/	/	/	/	/	/
受領サイン						
保管サイン(入)						
保管サイン(出)						
与薬サイン						
投与時間						
使 用 日	/	/	/	/	/	/
受領サイン						
保管サイン(入)						
保管サイン(出)						
与薬サイン						
投与時間						

注：使用日以下は保育所で記入

組 園児名： 令和 年 月 日 ～ 継続

薬品名：

剤 型： 飲み薬) 散 (粉薬) ・ シロップ ・ 錠 外用薬) 塗り薬 ・ 座薬 ・ その他 ()
--

使用方法 (いつ、何時に、どんなときに、など)

保 管： 室温 ・ 冷蔵庫 ・ その他 ()

使 用 日	/	/	/	/	/	/
受領サイン						
保管サイン(入)						
保管サイン(出)						
与薬サイン						
投与時間						
使 用 日	/	/	/	/	/	/
受領サイン						
保管サイン(入)						
保管サイン(出)						
与薬サイン						
投与時間						
使 用 日	/	/	/	/	/	/
受領サイン						
保管サイン(入)						
保管サイン(出)						
与薬サイン						
投与時間						
使 用 日	/	/	/	/	/	/
受領サイン						
保管サイン(入)						
保管サイン(出)						
与薬サイン						
投与時間						