与　薬　依　頼　書　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日記

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 依頼先 | | 保育園名 | | ひびきのそら保育園 | | | |
| 依頼者 | | 保護者氏名  子ども氏名 | | ㊞ | | | |
| 主治医 | | 電話  　　　　　㊞　　FAX | | | | | |
| 病名（又は症状） | | |  | | | | |
| ① 使用する日時 | | | 年　　月　　日 ～　　年　　月　　日　 午前 ・ 午後　　時　　分 | | | | |
| ② 持参した薬 | | | 年　　月　　日に処方された　　　日分のうちの本日分 | | | | |
| ③ 薬の内容  （要記入） | | |  | | | | |
| ④ 薬の剤型  （該当するものに○） | | | 粉　・　液（シロップ）　・　外用薬　・　その他（　　　　　　） | | | | |
| ⑤ 薬の使用法 | | |  | | | | |
| ⑥ その他 | | | 薬剤情報提供書　　あり　・　なし | | | | |
| 保育園記載 | 受領者サイン | |  | | 保管時サイン | | 月　　 日　 　時　 　分 |
| 投与者サイン | |  | | 投与時刻 | 月 日 午前 ・ 午後　 時 　 分 | |
| 実施状況など | |  | | | | |

＊　注意　＊

主治医の診察を受けられる場合は、お子さんが、　○時～○時まで

保育園に在園していることと、保育園では原則として薬の使用が出来ないことをお伝えください。

**連絡票がない場合は、服用できません。**