

お薬依頼書

以下の内容をご記入の上、保育士に薬と一緒に
お渡しください。
医療機関からの処方薬に限ります。

依頼日	平成 年 月 日			
依頼先	こすも保育園			
ゆきぐみ・ほしくみ・かぜぐみ・そらぐみ・つき&おひさまぐみ				
児童名 _____		保護者名 _____		
病名・症状	病院名		病院での処方日	
	病院の 連絡先 TEL			
薬の内容				
・抗生剤 ・下痢止め ・咳止め ・その他()			外用薬(点眼・塗薬)	
投薬期間	月	日	～	月 日
投薬時間				
・昼食前	水 / 粉() / 塗()		・昼食後	水 / 粉() / 塗()
・おやつ前	水 / 粉() / 塗()		・おやつ後	水 / 粉() / 塗()
	(午後3時30分頃)			
・軽食前	水 / 粉() / 塗()		・軽食後	水 / 粉() / 塗()
	(午後6時00分頃)			
・その他()	水 / 粉() / 塗()			
* 受付保育士		* 投薬保育士		

* こすも保育園記入欄

★ご確認ください

- ・医療機関からの処方箋のみをお受けいたします。保護者様のご判断で持参されるお薬(市販薬、解熱剤、鎮痛剤等)はお受けする事ができません。
- ・水薬、粉薬すべて1回分に小分けしてご持参ください。
- ・長期間継続して飲まなければならないときお薬については、事前にご相談ください。
- ・万一アレルギー等の症状が出た場合、適切に対応させて頂く為に、処方された医療機関へ連絡させて頂く場合があります。

こすも保育園