

# くすりの依頼書(保護者記載用)

令和 年 月 日

園長	主任	看護師

クラス名			園児氏名		
受診日	年	月	日	保護者名	
医療機関名			病名または症状		
薬の種類	粉薬 軟膏	錠剤	シロップ その他( )	点眼(右・左)	
薬の保管方法	常温	冷蔵	その他( )		
与薬時間	食前	食後	その他( )		
薬の名前と効能					
家庭での飲ませ方/ 軟膏を塗るところ					
注意事項					
	/ (月)	/ (火)	/ (水)	/ (木)	/ (金)
朝の与薬時間※家庭での服用時間					
保護者サイン					
受領者サイン					
園の与薬時間					
与薬者サイン					
与薬後の様子異常の有無	有( ) 無	有( ) 無	有( ) 無	有( ) 無	有( ) 無
返却保護者サイン					

## 【重要】

※朝の与薬時間の記入を忘れずにお願いします。また園での給食は家庭に比べて早めの時間になります(特に0~2歳)ので朝薬服用は7時位まで服用をお願いします。朝の与薬時間から間隔を計算し服用させています。遅くなりますとお昼寝等の時間になり服用が困難となります。