

与薬依頼書							
ゆりのこ保育園長宛				与薬日		年 月 日	
主治医との相談の結果、医師の指示により保育園での保育時間内における与薬が必要になりました。保護者の責任において、与薬の依頼をします。							
確認	薬剤情報提供書はありますか？			保護者氏名			
クラス名				児童氏名			
診断名							
医療機関名				薬剤処方日		年 月 日	
薬品名							
薬の種類	粉薬	シロップ	錠剤	軟膏	点眼薬		
与薬時間	昼食前	昼食後	おやつ前	おやつ後	オムツ換時	時間指定	
特記事項							

保育園記載							
受領者名							
与薬者名 <input checked="" type="checkbox"/>							
与薬時間			全部飲めた	半分飲めた	少し残った	飲めなかった	
薬袋の返却	済		<p><u>*お迎え時、保護者に薬の袋を返却して下さい</u></p> <p><u>*返却後、左に○チェックしてください</u></p>				

軟膏与薬表

保育園記載					
名前				軟膏名	ワセリン 他)
				塗る部位	
/	月	受領者名		与薬時間	
/	火			与薬時間	
/	水			与薬時間	
/	木			与薬時間	
/	金	返却		与薬時間	
/	土	返却		与薬時間	

* 担任の先生：金・土週末に返却してください。