

薬の預かり・与薬依頼書（内服・点眼）

隼人認定こども園 殿

		令和	年	月	日
クラス名(組)				
児童名()	保護者名()	印	
生年月日(H・R	年	月	日)	

園でお預かりできるのは1日1回分のみです

※□に、レ点チェックをして提出してください。

レ点が入っていない□がある場合、当園はご依頼をお受けすることができません。

- 1日2回(朝・夕)の処方では効能が得られないため、主治医の指示により保育時間内で昼の処方分の与薬をお願いします。
- 医師の指示に従い、処方箋に基づいて正しい用法・用量を預けます。
- 散剤は1回分のみ預けます。シロップは別容器へ分けて1回分のみ預けます。
- 薬を入れた袋・容器には、必ずフルネームで名前を記入して提出します。
- 薬を預ける際は、職員へ必ず手渡しで預けます。
- 点眼薬は指示の期間、毎日持ち帰ります。

※職員は、薬の専門ではありません。保護者からお預かりした薬を1回分として与薬します。

日付	服薬時間	服薬状況	確認者	与薬者
月 日	時 分	全量服用・()		
月 日	時 分	全量服用・()		
月 日	時 分	全量服用・()		
月 日	時 分	全量服用・()		
月 日	時 分	全量服用・()		
月 日	時 分	全量服用・()		
月 日	時 分	全量服用・()		

備考欄
