

*コピーしてお使いください。

投薬依頼・承諾書（保護者記載書）

記入の上、保育士に薬をお渡しください。
解熱剤・市販の薬はお預かりいたしません。

依頼日	年 月 日 ()				
依頼先	児童福祉施設ハートフルナーサリー				
依頼者	組	児童名	保護者名 ㊞		
主治医（病院名）					
病名（又は症状）					
処方日	年 月 日 () 日分処方				
保管方法	常温 ・ 冷蔵庫 ・ その他 ()				
薬の剤型	粉 ・ 液（シロップ） ・ 外用薬 ・ その他 ()				
薬の内容	抗菌生物 ・ 咳止め ・ 下痢止め ・ かぜ薬 ・ 外用薬（塗薬 ・ 点眼） その他 ()				
使用する日時	1) 年 月 日 () 午前 ・ 午後 時 分頃 2) おやつ（午前 ・ 午後）の（前 ・ あと） 3) 昼食後 ・ 昼食前（具体的に 分前 ・ 分後） 4) その他具体的に ()				
外用薬等の 使用方法					
その他注意事項	薬剤情報提供書 あり ・ なし				
保育園記載	担当印	受付保育士	保管保育士	投与保育士	看護師確認
	投与時間	月 日 / 午前 ・ 午後 時 分			
実施状況等					

なお、万が一この支援による過失があった場合、貴園および職員には、一切ご迷惑をおかけしないことを承諾します。

*『薬剤情報提供書』のコピーを添付してください。

*コピーしてお使いください。

投薬依頼・承諾書（保護者記載書）

記入の上、保育士に薬をお渡しください。
解熱剤・市販の薬はお預かりいたしません。

依頼日	年 月 日 ()				
依頼先	児童福祉施設ハートフルナーサリー				
依頼者	組	児童名	保護者名 ㊞		
主治医（病院名）					
病名（又は症状）					
処方日	年 月 日 () 日分処方				
保管方法	常温 ・ 冷蔵庫 ・ その他 ()				
薬の剤型	粉 ・ 液（シロップ） ・ 外用薬 ・ その他 ()				
薬の内容	抗菌生物 ・ 咳止め ・ 下痢止め ・ かぜ薬 ・ 外用薬（塗薬 ・ 点眼） その他 ()				
使用する日時	1) 年 月 日 () 午前 ・ 午後 時 分頃 2) おやつ（午前 ・ 午後）の（前 ・ あと） 3) 昼食後 ・ 昼食前（具体的に 分前 ・ 分後） 4) その他具体的に ()				
外用薬等の 使用方法					
その他注意事項	薬剤情報提供書 あり ・ なし				
保育園記載	担当印	受付保育士	保管保育士	投与保育士	看護師確認
	投与時間	月 日 / 午前 ・ 午後 時 分			
実施状況等					

なお、万が一この支援による過失があった場合、貴園および職員には、一切ご迷惑をおかけしないことを承諾します。

*『薬剤情報提供書』のコピーを添付してください。