

年度 座薬・ぬり薬・日焼け止め等長期保管与薬継続依頼書

医師の処方により園児に保育時間中の与薬等が必須な為、薬品等を保育園に保管し、保育園職員が与薬を行うことを継続的に依頼します。

クラス名		園児名		保護者名	印
薬品の種類:			与薬等方法		
何の薬ですか:			座薬 _____ 発熱 _____ 度以上で使用する		
園児の症状:			塗り薬 _____ 1日 _____ 回		
薬品名:			どこに: _____		
処方医院名:			どんな時に: _____		
住所:			どのように: _____ 濃く ・ 薄く		
電話番号:			日焼け止め等 _____ 1日 _____ 回		
保管方法: 常温 ・ 冷蔵庫			どこに: _____		
			どんな時に: _____		
			どのように: _____		
与薬等継続期間			平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日		
			その他 _____ 1日 _____ 回		
			どこに: _____		
			どんな時に: _____		
			どのように: _____		

- 注
- ①薬品の種類は座薬・ぬり薬・日焼け止め薬等とします。
 - ②薬品の期限を確認し、ご依頼下さい。
 - ③保管には細心の注意を払いますが、紛失した場合はご了承下さい。
 - ④薬品にはしっかりと名前を記入して下さい。

園記入欄

			施設長確認印	印
与薬責任者名	薬品預かり日	薬品交換日	薬品返還日	
	平成 年 月 日	平成 年 月 日	平成 年 月 日	
保管場所	担当者	担当者	担当者	
保育室 冷蔵庫	摘要: _____			

