

内服薬依頼票

承諾書						
医師の指示により保育中の与薬が必要な場合に限り、当日1回分の薬を預かり看護師または保育士が与薬いたします。その際、与薬による副作用等の事故が生じた場合、責任を負いかねますので、ご了承下さい。						
保護者名 (依頼者)		組 園児名				
病院名	病名(または症状)	日にち	/	/	/	/
		朝の 与薬時間	:	:	:	:
① 年 月 日に処方。 日分です。 (月 日の昼分まであります。)		受領者名				
②保管は、室温に限ります。		与薬時間	:	:	:	:
③1回分：粉()包・シロップ()ml		異常の 有無	有・無	有・無	有・無	有・無
④薬の内容 抗生剤・咳止め・整腸剤・風邪薬		与薬者名				
⑤内服する時間 食前 ・ 食後		※お薬の成分表も提出して下さい。				
⑥気をつけてほしいこと		※市販薬や解熱剤・鎮痛剤・坐薬・トローチ・時間指定のあるお薬(目薬など)は、お預かりできません。				

内服薬依頼票

承諾書						
医師の指示により保育中の与薬が必要な場合に限り、当日1回分の薬を預かり看護師または保育士が与薬いたします。その際、与薬による副作用等の事故が生じた場合、責任を負いかねますので、ご了承下さい。						
保護者名 (依頼者)		組 園児名				
病院名	病名(または症状)	日にち	/	/	/	/
		朝の 与薬時間	:	:	:	:
① 年 月 日に処方。 日分です。 (月 日の昼分まであります。)		受領者名				
②保管は、室温に限ります。		与薬時間	:	:	:	:
③1回分：粉()包・シロップ()ml		異常の 有無	有・無	有・無	有・無	有・無
④薬の内容 抗生剤・咳止め・整腸剤・風邪薬		与薬者名				
⑤内服する時間 食前 ・ 食後		※お薬の成分表も提出して下さい。				
⑥気をつけてほしいこと		※市販薬や解熱剤・鎮痛剤・坐薬・トローチ・時間指定のあるお薬(目薬など)は、お預かりできません。				

※太枠の中の記入をお願いします