

外用薬依頼票

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。 (月 日の昼分まであります。)		受領者名			
②保管は室温保存に限ります。		与薬時間	:	:	:
③眼薬(両目・右・左) ・軟膏部位()		異常の有無	有・無	有・無	有・無
④薬を使用する時間 昼寝前		与薬者名			
⑤気を付けてほしいこと		※お薬の成分表も提出して下さい。 ※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

外用薬依頼票

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。 (月 日の昼分まであります。)		受領者名			
②保管は室温保存に限ります。		与薬時間	:	:	:
③眼薬(両目・右・左) ・軟膏部位()		異常の有無	有・無	有・無	有・無
④薬を使用する時間 昼寝前		与薬者名			
⑤気を付けてほしいこと		※お薬の成分表も提出して下さい。 ※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