

服用依頼書(保護者記載)

令和 年 月 日

南谷山保育園長 殿

下記のとおり服用を依頼いたします。また、服用の結果についての責任は保育園側でないことを承認いたします。

保護者名 _____ (印)

園児名 _____ 男・女(組 歳 か月)

連絡先(電話) _____

1. 主治医: _____ (_____ 病院・医院)
 連絡先(電話) _____

2. 病名: _____

3. 持参したくすり

1) 名称: _____

2) 使用目的: _____

3) 剤型: (飲み薬) 粉薬 ・ シロップ(水薬) ・ 錠剤
 (外用薬) 塗り薬 ・ 貼り薬 ・ 目薬 ・ 座薬

注) 飲み薬に関しては、昼食後分、1回の分量でのみお預かりいたします。
 くすりの一つひとつに名前を明記して下さい。
 水薬・塗り薬もお昼の分のみ持たせてください。(全量のお預かりはできません。)

4. 保管: 常温 ・ 冷蔵庫 ・ その他(_____)

5. その他注意事項 _____

使用日	/	/	/	/	/	/	/	/
受領サイン								
服用時間	:	:	:	:	:	:	:	:
服用サイン								
使用日	/	/	/	/	/	/	/	/
受領サイン								
服用時間	:	:	:	:	:	:	:	:
服用サイン								

使用説明書添付(あり・なし) _____ 注) 使用日以下は保育園で記入

※医師によって処方された薬のみお預かりします。
 ※くすりの使用説明書(コピー可)を服用依頼書と一緒に1回ご提出下さい。
 ※お子様が薬を飲むのを嫌がったり、飲むと吐いてしまう場合は、安全確実に服用できない事もありますのでご了承ください。