

与薬依頼書(短期)

スマイル保育園

クラス 園児名

医師の指示がありましたので与薬の依頼をお願いします。

●保護者名

●受診日 令和 年 月 日

●処方日 令和 年 月 日～令和 年 月 日

●病院名 ()

●病名 ()

●薬の内容

薬の種類	与薬方法
内服薬1	服用時間: 食(前・間・後) 服用方法: そのまま・水で溶く・その他()
内服薬2	服用時間: 食(前・間・後) 服用方法: そのまま・水で溶く・その他()
塗り薬	薬名: 患部:
点眼薬	患部: (右目・左目・両目)

日付	/	/	/	/	/	/	/
保護者印							
受取者印							
与薬者印							

【注意事項】 必ずお読みください。

※与薬は誤飲防止のため朝夕2回になるように、主治医にご相談ください。

※保護者の方がお休みの時はお預かりできません。(塗り薬のみ預かり可)

※医師の指示により今回の病気で処方されたものに限ります。

※処方箋(医院名又は調剤薬局名・処方日)を添えてください。(コピー可)

※粉薬・水薬は1回分に小分けし、袋と容器にフルネームを記入してください。

目薬や塗り薬の、容器と袋にもフルネームの記入をお願いします。

※お薬は必ず職員に手渡してください。

※処方されたお薬について不明な点がある際は薬局にお問い合わせする場合があります。

※塗り薬の時はビニール手袋を利用します。ご持参ください。