

与薬依頼書(保護者記載用)

年 月 日

上永谷保育園 園長

保護者 _____ 印
 園児名 _____ 男・女(歳 か月)
 緊急連絡先(電話) _____

保育所での対応に活用するため、本表に記載された内容を保育所内で共有することに同意します。

1. 主治医: _____ (_____ 病院・医院) 連絡先(電話): _____ 住所 _____						
2. 病名: アトピー性皮膚炎 主な症状 _____ 保育所生活における注意事項 _____						
3. 持参した薬 1) 薬品名: _____ 2) 剤型: _____ 飲み薬: 散(粉薬) ・ シロップ ・ 錠 外用薬: 塗り薬 ・ 座薬 ・ その他(_____) 3) 使用方法(いつ、何時に、どんなときに、など、具体的に書いてください)						
4. 保管 室温 ・ 冷蔵庫 ・ その他(_____)						
5. その他の注意事項						
使用日						
受領サイン						
保管サイン(入)						
保管サイン(出)						
与薬サイン						
投与時間						
使用日						
受領サイン						
保管サイン(入)						
保管サイン(出)						
与薬サイン						
投与時間						

注: 使用日以下は保育所で記入

上永谷保育園