

おくすり依頼書

東京都認証保育所 ビッキーズ保育園



クラス _____ 組 _____ 園児氏名 _____ 保護者氏名 _____

医療機関名 _____ 病名または症状 _____

◎持参するものに○、もしくは記入。

1. 持参した薬は _____ 年 _____ 月 _____ 日に処方された、本日分のみ。

2. 保管は _____ ・室温 _____ ・冷暗所 _____ その他(_____)

3. 薬の種類と数 ・錠剤(_____ 錠) ・粉(_____ 包) ・シロップ(_____ ml)
・塗り薬(保湿剤 その他[_____]) ・点眼薬 ・点鼻薬 ・点耳薬

4. 薬の効能 _____ ・抗生剤 _____ ・咳止め _____ ・整腸剤 _____ ・総合かぜ薬 _____ ・外用薬(_____)

5. 与薬時間 _____ ・昼食前 _____ ・昼食後 _____ ・その他(_____)

6. 塗り薬、点鼻、点眼、点耳薬の使用部位 _____
_____ ・点眼(右 左) ・点鼻(右 左) ・点耳(右 左)

7. その他注意事項 _____
_____ ・薬剤情報提供書 あり ・ なし

※注意事項

・薬は医師が処方したものに限り、(市販薬は保育園では使用できません)

・おくすり依頼書に漏れなく記入し、1回分の薬とおくすり依頼書を看護師、または担任に直接お渡しください。

・薬の容器や袋には必ず名前を記入してください。

・お薬の使用方法等についての確認のため、お電話にてお尋ねすることがあります。

おくすり依頼書

東京都認証保育所 ビッキーズ保育園



クラス _____ 組 _____ 園児氏名 _____ 保護者氏名 _____

医療機関名 _____ 病名または症状 _____

◎持参するものに○、もしくは記入。

1. 持参した薬は _____ 年 _____ 月 _____ 日に処方された、本日分のみ。

2. 保管は _____ ・室温 _____ ・冷暗所 _____ その他(_____)

3. 薬の種類と数 ・錠剤(_____ 錠) ・粉(_____ 包) ・シロップ(_____ ml)
・塗り薬(保湿剤 その他[_____]) ・点眼薬 ・点鼻薬 ・点耳薬

4. 薬の効能 _____ ・抗生剤 _____ ・咳止め _____ ・整腸剤 _____ ・総合かぜ薬 _____ ・外用薬(_____)

5. 与薬時間 _____ ・昼食前 _____ ・昼食後 _____ ・その他(_____)

6. 塗り薬、点鼻、点眼、点耳薬の使用部位 _____
_____ ・点眼(右 左) ・点鼻(右 左) ・点耳(右 左)

7. その他注意事項 _____
_____ ・薬剤情報提供書 あり ・ なし

※注意事項

・薬は医師が処方したものに限り、(市販薬は保育園では使用できません)

・おくすり依頼書に漏れなく記入し、1回分の薬とおくすり依頼書を看護師、または担任に直接お渡しください。

・薬の容器や袋には必ず名前を記入してください。

・お薬の使用方法等についての確認のため、お電話にてお尋ねすることがあります。