

与薬預かり書

(保護者様記載用／1週間分)

社会福祉法人アストリー
立石いろは保育園

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：

●依頼日： 年 月 日

●処方日： 年 月 日

●医療機関：

●薬の内容

薬の種類	与薬方法
外用薬	回数： 回 (時間) 塗る所：
点眼薬・点耳薬 点鼻薬	回数： 回 (時間) 左眼・右眼・左耳・右耳・左鼻・右鼻
内服薬 1 (粉・シロップ)	服用時間： 服用方法：水で溶く・そのまま・その他()
内服薬 2 (粉・シロップ)	服用時間： 服用方法：水で溶く・そのまま・その他()

日付	/	/	/	/	/	/
受取者サイン						
与薬者サイン						

- ・医師の指示により今回処方されたものに限りです。
- ・粉薬・水薬は1回分に小分けし、フルネームをご記入の上職員に必ず手渡しして下さい。
- ・薬剤情報提供書のコピーの添付をお願いします。
- ・処方されたお薬について不明な点がある際は薬局に問合せする場合があります。
- ・お薬は必ず看護師または保育士に手渡しで渡してください。