

与薬依頼票

私は、与薬にあたっての全責任は保護者にあることを理解します。誤食や与薬間違いが起こったとしてもどもそ保育園及び職員には一切責任を追究しません。また、損害賠償などの支払い請求を行わない事を承諾します。

上記を承諾した上で私は職員に与薬を依頼致します。

与薬依頼日 年 月 日

依頼者 保護者氏名()	<input type="checkbox"/>
児童氏名()(男・女) (歳)	
連絡先 (— —)	

① 持参したくすり一回分は、全部で()種類	<input type="checkbox"/>
② 保管は:室温・冷蔵庫・その他()	
③ 薬一回分の剤型:粉末・シロップ・外用薬・その他()	
④ 薬の内容:抗生物質・咳止め・下痢止め・かぜ薬・ぬり薬・その他()	

⑤ 使用時間 1 回目 朝・昼・夕 の食後・食前 または 時 分頃	<input type="checkbox"/>
2 回目 朝・昼・夕 の食後・食前 または 時 分頃	
3 回目 朝・昼・夕 の食後・食前 または 時 分頃	

⑥ 使用法・服用量・注意事項	<input type="checkbox"/>
----------------	--------------------------

受領者サイン() 年 月 日 時

1回目投薬サイン()午前・午後 時 分

2回目投薬サイン()午前・午後 時 分

3回目投薬サイン()午前・午後 時 分

注意事項

- 依頼した職員名や必要事項がすべて記入されていない場合は与薬できません。また、受領者のサインは必ずもらってください。
- 散剤や錠剤は1回分ずつに分けて氏名と使用する日時を油性マジックでご記入ください。複数ある場合はホチキスなどでひとつにまとめてください

与薬依頼票

私は、与薬にあたっての全責任は保護者にあることを理解します。誤食や与薬間違いが起こったとしてもどもそ保育園及び職員には一切責任を追究しません。また、損害賠償などの支払い請求を行わない事を承諾します。

上記を承諾した上で私は職員に与薬を依頼致します。

与薬依頼日 年 月 日

依頼者 保護者氏名()	<input type="checkbox"/>
児童氏名()(男・女) (歳)	
連絡先 (— —)	

① 持参したくすり一回分は、全部で()種類	<input type="checkbox"/>
② 保管は:室温・冷蔵庫・その他()	
③ 薬一回分の剤型:粉末・シロップ・外用薬・その他()	
④ 薬の内容:抗生物質・咳止め・下痢止め・かぜ薬・ぬり薬・その他()	

⑤ 使用時間 1 回目 朝・昼・夕 の食後・食前 または 時 分頃	<input type="checkbox"/>
2 回目 朝・昼・夕 の食後・食前 または 時 分頃	
3 回目 朝・昼・夕 の食後・食前 または 時 分頃	

⑥ 使用法・服用量・注意事項	<input type="checkbox"/>
----------------	--------------------------

受領者サイン() 年 月 日 時

1回目投薬サイン()午前・午後 時 分

2回目投薬サイン()午前・午後 時 分

3回目投薬サイン()午前・午後 時 分

注意事項

- 依頼した職員名や必要事項がすべて記入されていない場合は与薬できません。また、受領者のサインは必ずもらってください。
- 散剤や錠剤は1回分ずつに分けて氏名と使用する日時を油性マジックでご記入ください。複数ある場合はホチキスなどでひとつにまとめてください