

与薬票

別紙3

与薬同意書

私は、医療機関で処方された薬を、下記の通り、伊予ペンギん小規模保育園の保育士に与薬して戴きたく申請致します。万が一、与薬後に起こるさまざまな症状について、責任を一切伊予ペンギん小規模保育園に問いません。

伊予ペンギん小規模保育園園長様

令和 年 月 日

申請者氏名

印

薬の服用シート

園児氏名							
受診した医療機関名							
与薬期間	令和 年 月 日 ~ 月 日						
病名							
薬の種類	飲み薬			塗り薬・その他			
	粉薬	(1	包)			
	水薬	(種)			
	錠剤	(種)			
薬の名前							
薬の内容	抗生剤・風邪薬・咳止め・下痢止め・その他()						
服用時間	食前・食後・その他()						
保管方法	室温・冷蔵庫・その他()						
使用方法・注意事項							
日付	/	/	/	/	/	/	/
受領者							
投薬時間							
投薬者							

～お願い～

- ・必ず保育士に薬と与薬票を手渡しでお渡してください。
- ・追加で出された薬は、同じ薬であっても新しい与薬票にご記入ください。
- ・与薬票を記入していない薬は、服用できませんのでご理解ください。

～与薬票の記入例～

別紙3

<h2>与薬同意書</h2>	
<p>私は、医療機関で処方された薬を、下記の通り、伊予ペンギん小規模保育園の保育士に与薬して戴きたく申請致します。万が一、与薬後に起こるさまざまな症状について、責任を一切伊予ペンギん小規模保育園に問いません。</p>	
<p>伊予ペンギん小規模保育園園長様</p>	
<p>令和 ○ 年 △ 月 △ 日</p>	
<p>申請者氏名</p>	<p>伊予 太郎 印</p>

薬の服用シート

園児氏名	伊予 花子					
受診した医療機関名	〇〇病院					
与薬期間	令和 年 月 日 ~ 月 日					
病名						
薬の種類	飲み薬			塗り薬・その他		
	粉薬	(1 包)				
	水薬	(種)		塗り薬	1	
	錠剤	(種)		目薬	1	
薬の名前	(例)ミヤBM・カルボシステイン錠			(例)ヒルドイド・ステロイド		
薬の内容	抗生剤・風邪薬・ 咳止め ・下痢止め・その他()			(例)おむつかぶれ		
服用時間	食前 食後 その他 ()					
保管方法	室温 ・ 冷蔵庫 ・ その他()					
使用方法・注意事項						
日付	/	/	/	/	/	/
受領者						
投薬時間						
投薬者						

～お願い～

- ・必ず保育士に薬と与薬票を手渡しでお渡してください。
- ・追加で出された薬は、同じ薬であっても新しい与薬票にご記入ください。
- ・与薬票を記入していない薬は、服用できませんのでご理解ください。