**薬依頼書（野田村保育所）**

**令和　　年　　月　　日**

**保育所長様**

**医師の診断を受けたところ、薬について次の通り指示がありましたので、宜しくお願いします。**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **組名**  **組** | | | **園児名** | | **保護者名** |
| **病院名** | | | **病院** | | **保育所での受け付け時体温**    **℃** |
| **科** | |
| **病名** | | | **症状（〇で囲む）**  **咳・鼻水・嘔吐・目やに・耳だれ・発疹・**  **下痢（　　　回）・その他（　　　　　　　　　　　　）** | | |
| 1. **持参した薬は、令和　　年　　　月　　日に処方された１回分です。** | | | | | |
| 1. **薬の種類** | **飲み薬**  **（〇で囲む**  **又は記入）** | | **粉（　　　）水剤（　　　）その他（　　　　　　）** | | |
| **今朝は何時何分に薬を与えましたか？　　時　　分** | | |
| **服用時間：　食前　　食後　　食間　　その他（　　　　　）** | | |
| **塗り薬など**  **（〇で囲む**  **又は記入）** | | **軟膏　・　点眼剤　・　その他（　　　　　）** | | |
| **時間：　　　時　　　分** | | |
| **使用方法：** | | |
| **保育所記載欄** | | **受付者**    **実施者** | | **実施状況** | |

1. **保育士から「薬依頼書」を受け記入し、一緒に手渡して下さい。**
2. **医療機関からの処方であること。保護者の判断で持参した薬は対応できません。**
3. **１回分を持参する。水薬は小さな容器に移して下さい。**
4. **市販の薬、解熱剤、坐薬、鎮痛剤はお預かりできません。**
5. **長期間継続して飲まなければならない薬の場合は相談下さい。**
6. **吸入などの医療行為は、保育所ではできないことになっております。**
7. **医療機関で保育所に通っていることを医師に伝えて下さい。**
8. **薬剤情報提供書（薬の説明書）の提出をお願いします。**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **受付日** | **依頼者** | **受付者** | **実施者** | **受付日** | **依頼者** | **受付者** | **実施者** |
| **／** |  |  |  | **／** |  |  |  |
| **／** |  |  |  | **／** |  |  |  |
| **／** |  |  |  | **／** |  |  |  |
| **／** |  |  |  | **／** |  |  |  |
| **／** |  |  |  | **／** |  |  |  |
| **／** |  |  |  | **／** |  |  |  |
| **／** |  |  |  | **／** |  |  |  |
| **／** |  |  |  | **／** |  |  |  |
| **／** |  |  |  | **／** |  |  |  |
| **／** |  |  |  | **／** |  |  |  |
| **／** |  |  |  | **／** |  |  |  |
| **／** |  |  |  | **／** |  |  |  |
| **／** |  |  |  | **／** |  |  |  |
| **／** |  |  |  | **／** |  |  |  |
| **／** |  |  |  | **／** |  |  |  |
| **／** |  |  |  | **／** |  |  |  |
| **／** |  |  |  | **／** |  |  |  |
| **／** |  |  |  | **／** |  |  |  |
| **／** |  |  |  | **／** |  |  |  |
| **／** |  |  |  | **／** |  |  |  |
| **／** |  |  |  | **／** |  |  |  |
| **／** |  |  |  | **／** |  |  |  |
| **／** |  |  |  | **／** |  |  |  |
| **／** |  |  |  | **／** |  |  |  |
| **／** |  |  |  | **／** |  |  |  |
| **／** |  |  |  | **／** |  |  |  |
| **／** |  |  |  | **／** |  |  |  |
| **／** |  |  |  | **／** |  |  |  |
| **／** |  |  |  | **／** |  |  |  |
| **／** |  |  |  | **／** |  |  |  |