

常用薬依頼書

くすい返却

保育園で7日以上続けて同じ薬を使用しなければならない場合はこの用紙を記入してください。
必ず最低1ヶ月毎にこの用紙は更新してください。
以下を記入のうえ保育士に薬と一緒に渡してください。

※ 以下の二重線内は“医療機関”で記入してもらってください。

依頼先: わんわん保育園			
氏名:	(ぐみ)	男・女	歳 ヶ月
病名(または症状):			
薬品名(薬効):			
常用する理由:			
使用方法と使用上の注意:			
その他注意事項:			
平成 年 月 日			
上記の薬を 月 日 ~ 月 日の間、保育園で本児に使用することを依頼します。			
医療機関名:		電話: ()	
医師名:		印	

※ 以下の太枠内の必要事項は“保護者”の方が記入してください。

依頼者名(保護者名):				印				連絡先: ()			
毎日の薬の使用時間:				毎日				時頃(備考:)			
使用期間:				平成 年 月 日 ~ 月 日				※ 使用しない日は斜線を入れてください。			
日付	実施時間 ・実施者サイン	保護者 サイン	日付	実施時間 ・実施者サイン	保護者 サイン	日付	実施時間 ・実施者サイン	保護者 サイン	日付	実施時間 ・実施者サイン	保護者 サイン
/1			9			17			25		
2			10			18			26		
3			11			19			27		
4			12			20			28		
5			13			21			29		
6			14			22			30		
7			15			23			31		
8			16			24			/		

受領者サイン:

看護師サイン: