

※ おくすりとおくすり依頼書は必ず保育士に直接お渡しください。

【保護者の方へ】下の各項目を確認し、口に✓を入れてください。

- 医師に保育所は原則として薬の使用をできないことを確認しましたか？
- 昼の服用を朝・晩2回にできないか、一日3回の薬を朝、降所後、寝る前にできないか確認しましたか？
- 薬は1回分に分けられていますか？(シロップ薬は、別容器に1回分に分けられていますか？)
- 容器や袋にフルネームで名前を書いていますか？
- 薬剤情報提供書は添えてありますか？(ない場合は「処方内容の記入」欄に記入してください。)

H27版

## おくすり依頼書

医師の診察を受けたところ指示がありましたので、お願いいたします。

記入日： 年 月 日

薬を飲ませる日	平成 年 月 日	保護者名					
組名・児童名	組・氏名	連絡先					
病名または症状							
受診医療機関名	病院・医院・クリニック ( 科 )						
処方された月日・期間	月 日 ( ) から	日分	1日	回			
朝の服薬状況	時 分 ( 食前 食後 その他 )						
薬の種類	持参数	使用方法・時間			保管方法	確認	
粉薬	袋	食前	食後	その他( )	常温 冷蔵庫		
シロップ剤	個	食前	食後	その他( )	常温 冷蔵庫		
外用薬	個	使い方 (どこに)	午睡前 午睡後		常温 冷蔵庫		
			他( )				
目薬	個	両目	右目のみ	午睡前 午睡後	常温 冷蔵庫		
			左目のみ	他( )			
その他	個				常温 冷蔵庫		
2種類以上の薬がある場合、混ぜるのは					可	不可	
薬剤情報提供書					あり	なし	
薬剤情報提供書がない場合には、下の「処方内容の記入」欄に記入してください							
処方内容 の記入  (薬剤情報提供書 がない場合)	薬品名		薬品の種類・効能にあてはまるものに○				
			抗生剤	咳止め	整腸剤	かぜ薬	他( )
			抗生剤	咳止め	整腸剤	かぜ薬	他( )
		抗生剤	咳止め	整腸剤	かぜ薬	他( )	
預かり者サイン			実施者サイン				
備考							