

預かり薬剤申込書

申込日：西暦 年 月 日

クラス名・園児名 (ひらがな)	組	男・女
生年月日	西暦 年 月 日	歳 か月
※連絡先と電話番号 原則として薬剤を使用する 場合はご連絡いたします	※いつでも確実に連絡ができる場所、連絡方法を記載してください。	

薬剤内容

病名	
薬の名前	
薬の作用	抗生物質・抗けいれん薬・抗アレルギー薬・かゆみ止め その他 ()
種類や量 与薬時間等	<u>飲み薬</u> どのような症状の時に使用しますか () 1回に 包 シロップの場合は、1回に ml <u>座薬</u> 1回に 個 発熱時 (°C) で使用 <u>外用薬 (ぬり薬)</u> どのような症状の時に使用しますか () 1日 回
処方病院 処方日	病院・医院 西暦 年 月 日に処方されました
ここ数年で使用した 回数や、様子などを 記載してください。	

<申し込みにあたっての約束事項>

- ・この申込書は必ず保護者が記載してください
- ・事前に医師と相談し、保育時間内の与薬がどうしても必要な場合に限り申し込んでください
- ・与薬は医師が処方した薬に限ります (市販薬不可)
- ・家庭で1回以上内服させて副作用がないことを確認してからご持参ください
- ・こちらの申込書と薬剤情報提供書 (お薬の説明書)、またはお薬手帳のコピーの2点の書類を、薬剤と一緒に透明なジップロックに入れてご持参ください