|  |  |
| --- | --- |
| **依頼先** | 鏡野町立　　　　　　　　　園　　宛 |
| **依頼者** | 保護者氏名 　　　　　　　　　　連絡先℡  本人が手書きしない場合は、押印してください。  園児氏名　　　　　　　　　　　（男・女）　　　　歳　　カ月 |
| **病　名（又は症状）** |  |
| **主治医** | 【病院名】　　　　　　　　　　　　　　【℡】  【医師名】　　　　　　　　　　　　　先生 |
| （該当するものに○、または明記）※薬本体とナイロン袋に名前を記入してください。  (1) **持参した薬**は　　　　月　　日に処方された　　日分のうちの本日分  (2) **園での服用を依頼したい期間**　　　月 　　日 ～　 　月　 　日  (3) **薬の内容**　　抗生物質・喘息・整腸剤・かぜ薬・鼻炎・アレルギー薬・痛み止め  　　　　　　　　抗けいれん薬（坐薬）・点眼薬・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **薬の種類** | **分量** | **服用する時間** | | **服用・使用 方法** | | 粉　薬 | １回　 　包 | 食前・食後・食間 (　　時頃) | |  | | 錠　剤 | １回　 　 錠 | 食前・食後・食間 (　　時頃) | |  | | 水　薬 | １回　 　 ml | 食前・食後・食間 (　　時頃) | |  | | 坐　薬 | １回　　　個 |  | |  | | **外用薬** | **使用回数** | **使用する時間** | **使用部位** | **使用方法** | | 塗り薬 | １日　　　回 |  |  |  | | 点眼薬 | １日　　　回 |  | 両目・  右目・左目 |  | | **その他** | **分量** | **どんな時に使用するか** | | **使用方法** | |  |  |  | |  |   (4) **薬の種類と服用方法**  (5) **保管**は　　常温・冷蔵庫・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　 　）  (6) **その他の注意事項**()  (7) **薬剤情報提供書**( **あり・なし** )　※薬を長期間園に預ける場合は提出してください。 | |
|  | |
| **園記載** | |
| 1日目投与者サイン　　　　　　　　　　　 　投与時刻　　月　　日　午前・午後　　時　　分 | |
| 2日目投与者サイン　　　　　　　　　　　 　投与時刻　　月　　日　午前・午後　　時　　分 | |
| 3日目投与者サイン　　　　　　　　　　　 　 投与時刻　　月　　日　午前・午後　　時　　分 | |
| 4日目投与者サイン　　　　　　　　　　　 　投与時刻　　月　　日　午前・午後　　時　　分 | |
| 5日目投与者サイン　　　　　　　　　　　　 投与時刻　　月　　日　午前・午後　　時　　分 | |
| 実施状況など  **※用紙は園で保管する為、投薬最終日または5日目の投薬日に返却してください。** | |

**薬服用依頼連絡票**

**（保護者記載用）** 年　　月　　日　記入

※薬は、その日服用する分のみを薬服用依頼連絡票とともにナイロン袋に入れて、登園時に職員へお渡しください。