

園長	看護師	担当

薬の服用シート（保護者記載用）

平成 年 月 日 記

○依頼先 【保育園名】 ひな保育園	
○依頼者 【保護者名】	㊞ 連絡先 電話
○子ども氏名	男・女 歳 ヶ月
主治医	電話
(病院・医院)	FAX
○病名（又は症状）	平熱（ ℃）
①持参した薬は 年 月 日に処方された 日分のうち本日分	
②保管は 室温・冷蔵庫・その他（ ）	
③薬の剤型（該当するものに○）	
粉（ 種類）・シロップ（ 種類）・外用薬（ 種類）	
その他（ ）	
④使用する日時	
平成 年 月 日～ 月 日 午前・午後 時 分	
又は 食事の〔 分前 〕	
〔 分後 〕	
その他具体的に（ ）	
⑤外用薬などの使用法	
保 育 園 記 載	受領者サイン 保管時サイン 月 日 時 分
	投与者サイン 投与時間 月 日 午前・午後 時 分
	実施状況など

承 諾 書

本来は私が投与するものですが、緊急止むを得ない理由で私が投与できないため、上記の薬を保育園の担当者が代わって投与することを承諾します。

保護者名 _____ 印