

医療医薬品 使用依頼書

菱野幼稚園長 様

令和 年 月 日

医師の指示により、下記の薬を服用する必要があります。つきましては、幼稚園において下記のとおり、使用の介助をお願いします。なお、この薬の使用については、保護者が責任を持ちます。

また、以下の事項について同意いたします。

- 教職員による医薬品の使用(補助含む)をすること
- 薬の使用期限は、保護者が管理し、家庭で交換すること
- 教職員で、依頼書内容の共有すること

クラス		バス コース	
ふりがな	-----		
氏名			
保護者氏名			印

自署をもって押印を省略できます。

依頼書使用日(使用依頼書の有効期限)
令和 年 月 日() ~ 令和 年 月 日()

診断名				
主な症状				
薬名				
薬の種類	粉薬 錠剤 水薬 カプセル 点眼薬 点鼻薬 塗り薬 その他()	粉薬 錠剤 水薬 カプセル 点眼薬 点鼻薬 塗り薬 その他()	粉薬 錠剤 水薬 カプセル 点眼薬 点鼻薬 塗り薬 その他()	
使用時間	給食前 給食後 その他()	給食前 給食後 その他()	給食前 給食後 その他()	
使用量 (使用単位)	包 錠 mL(cc) 滴	包 錠 mL(cc) 滴	包 錠 mL(cc) 滴	
使用方法 (使用部位等)	水で飲む 水に溶く その他()	水で飲む 水に溶く その他()	水で飲む 水に溶く その他()	
保管方法 (交換時期等)	常温 冷蔵 冷暗所 その他()	常温 冷蔵 冷暗所 その他()	常温 冷蔵 冷暗所 その他()	
注意事項 (禁忌食物等)				
医療機関 電話番号	- -	- -	- -	
保護者緊急連絡先	ふりがな	-----	続柄	母 父 その他()
	保護者氏名		電話番号	- -

※薬名及び使用時の留意点について、不明な点は医師にたずねて正確に記入してください。

※薬の内容、量が変更になった場合は、依頼書の訂正をし、必ず担任に伝えてください。

※薬の準備については、裏面を確認し、【薬の説明書のコピー】を裏面に貼りつけてください。

【薬の説明書のコピー】がない場合、使用できないことがあります。

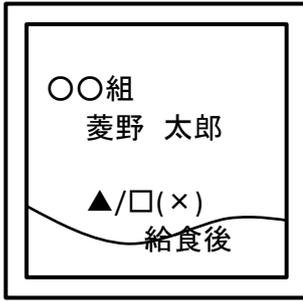
裏面 要確認

【薬の準備の仕方】

薬の説明書のコピーを貼ります!

①原則、預ける全ての薬に園児のクラス、氏名、使用する日にち、使用する時間を記入します。

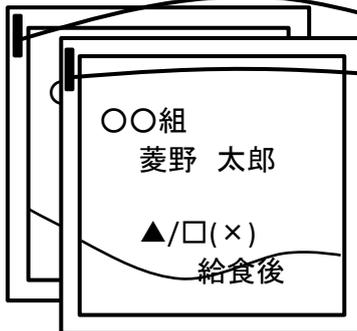
《粉薬の場合》



《錠剤の場合》

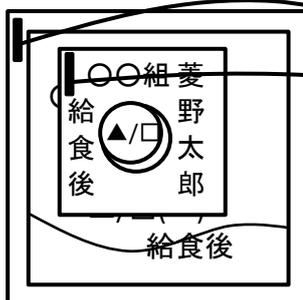


★1回分が2包ある場合



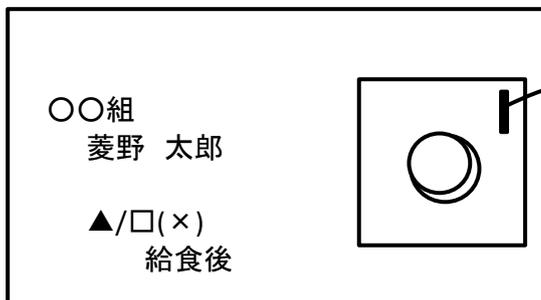
ホチキスで止める、またはテープで貼る
(ホチキスの場合、
袋に穴があかない場所に止めてください)

★1回分が粉薬と錠剤の場合



ホチキスで止める、またはテープで貼る
(ホチキスの場合、
袋に穴があかない場所に止めてください)

★錠剤等、薬の外装に直接記名ができない場合



ホチキスで止める、またはテープで貼る

②袋に入れて提出します。

③【医療医薬品 使用依頼書】と【薬の説明書のコピー】を必ず提出します。

④使用後は、薬袋等持ち帰ります。使用したことを確認し、各家庭で処分をお願いいたします。