

与薬依頼書

年 月 日

株式会社ポピンズエデュケア

ポピンズナーサリースクール伊丹 病児病後児保育室 御中

ポピンズナーサリースクール伊丹 病児病後児保育室に於ける「与薬のルール」について承諾の上、保護者の代行として与薬をお願い致します。
なおこのことについてポピンズナーサリースクール伊丹 病児病後児保育室には一切の責任を問いません。

お子さま氏名

保護者様氏名

月／日	与薬時間	薬品名	量	受領 サイン	担当 サイン	返却 サイン	備考
例 ○／○	食前・ <u>食後</u> 食間 時頃 頓用（ の時）	1 つずつ記載※混合の場合はまとめて可 例）ムコダイン DS50% アスベリン散 10% } 混合	1 包				
／	食前・食後 食間 時頃 頓用（ の時）						
／	食前・食後 食間 時頃 頓用（ の時）						
／	食前・食後 食間 時頃 頓用（ の時）						
／	食前・食後 食間 時頃 頓用（ の時）						
／	食前・食後 食間 時頃 頓用（ の時）						
／	食前・食後 食間 時頃 頓用（ の時）						

<与薬ルール>

- * 医師の処方によるお薬のみを 1 日 1 回分、お預かりして保護者様に代わり与薬します。
- * 上記、必要事項が記入されていない場合は、与薬ができませんのでご記入ください。
- * 薬名は薬剤情報提供書の通り正しくご記入ください。薬剤情報提供書と同じでない場合は与薬できません。
- * 持参するお薬（袋・容器）には必ずお子さまの氏名をはっきりとお書き下さい。
- * 「与薬依頼書」・「薬剤情報提供書又はお薬手帳又はお薬手帳アプリのコピー」・「与薬するお薬」の 3 点が揃っていない場合はお薬をお預かりすることができませんので、ご承知ください。

座薬出庫表

お子さま氏名： 年 齢： 歳

年 月 日	薬 剤 名 (mg まで)	用 量	お 預 か り 数	使 用 数	残 数	使 用 理 由 等	受 取 者	担 当 者	返 却 者
例 ○年○月○日	アセトアミノフェン座薬 100mg	1/2 個							
		個							
		個							
		個							
		個							
		個							
		個							

- 注) ・座薬は冷所に保管すること。 ※暑い時期は持参時も保冷剤などと一緒にご持参ください。
・薬剤情報提供書もしくはお薬手帳を一緒にお預かりしておく。
・座薬をカットして使用する場合には事前にカットラインを保護者様に油性ペンでマークしていただくこと。