

与薬依頼 兼 薬剤確認書

依頼者 保護者氏名 _____ 印

利用日 年 月 日～ 月 日

薬	あり なし	薬剤名	受け取り確認 サイン	与薬者サイン 及び与薬時間
*昼食時	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
*屯用薬 解熱剤	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
*屯用薬 座薬	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
その他	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			

*屯用薬 使用について：解熱剤は38.5℃以上の時、お子さんの様子にあわせてこちらで判断させていただきます。今までに『熱性けいれん』の症状が出たお子さんは、あらためてお知らせください。

記載欄 (薬について保育者に伝えたいことがありましたら書いて下さい)