

## 与薬依頼書

薬は医療機関からの指定の物に限ります。「市販薬」・「解熱剤」・「下痢止め」もお預かりできません。  
 お手数ですが、お薬は管理衛生上1回分ずつ名前および投与日時を記入し持参してください。

下記のとおり保護者の責任において投薬を依頼いたします。

※万が一投与によって事故が生じた場合、学童、園または指導員等への責任は問いません。

依頼先：学童ポレポクラブ		依頼日：令和      年      月      日	
持参した薬は、令和      年      月      日に処方された      日分のうちの本日分です			
児童名：		男・女	歳      ヶ月
学年：    1年生      2年生      3年生      4年生      5年生      6年生			
保護者氏名：		印	
病院名：			
保管は、室温、冷蔵庫、その他（      ）			
薬の内容	抗生物質    ・咳止め    ・かぜ薬    ・点眼    ・整腸剤 その他（      ）		
昼食前	シロップ	・粉薬	・塗薬    ・点眼    ・錠剤（      錠）
昼食後	シロップ	・粉薬	・塗薬    ・点眼    ・錠剤（      錠）
3時おやつ前	シロップ	・粉薬	・塗薬    ・点眼    ・錠剤（      錠）
3時おやつ後	シロップ	・粉薬	・塗薬    ・点眼    ・錠剤（      錠）
その他（      時頃）	シロップ	・粉薬	・塗薬    ・点眼    ・錠剤（      錠）

月／日	／
受付指導員等印	印
投与指導員等印	印
特記事項	