

※内服薬・エピペン保管依頼書が必要になった場合には園から様式をお渡しします。

緊急時に備えた処方薬

内服薬・エピペン 保管依頼書

保管開始日	組	園児名	生年月日
年 月 日		男 女	
保護者名		①	()
かかりつけ医療機関名	(担当医:)	緊急時連絡先	② ()
	(Tel:)	③	()
		受診日(直近)	年 月 日
薬品名・量	①		
	②		

※医師の処方した薬のみ保管します。(薬の説明書またはそのコピーを添付してください。)

※薬の容器や袋にお子さんの名前(フルネーム)を書いてください。

※緊急時(誤食時)、保護者に連絡しますので、必ず連絡がとれるようにお願いします。

受け渡しチェック表

受取日	受取者	与薬者	返却日	返却者	受取日	受取者	与薬者	返却者	返却日
/			/		/				/
/			/		/				/
/			/		/				/

以下のようにご準備をお願いします。

チャック付きビニール袋に折りたたんで
入れてください

- ・緊急時に備えた処方薬(1回分のアレルギーの薬)
- ・必要事項を記載した与薬依頼書
- ・薬の説明書のコピー

チャック付きビニール袋に
油性ペンで書いてください

