

緊急時に備えた処方薬 ( エピペン® 内服薬 その他 ) 保管依頼書 (長期用)

預かり開始日		クラス		児童名				生年月日					
平成 年 月 日				男・女				平成 年 月 日					
保護者氏名				緊急連絡先		①							
						②							
医療機関名				処方日		平成 年 月 日							
薬品名・量				使用期限		平成 年 月 日							
保育所 記載	保管場所												
	保管上の留意点												
	連絡事項												
確認	確認月日	4/	5/	6/	7/	8/	9/	10/	11/	12/	1/	2/	3/
	確認者												

《預かる際の注意事項》

- \* 医師の処方薬のみ保管します (処方箋をもとに薬局で出される薬の説明書、またはそのコピーを保管依頼書に添付してください。)
- \* 内服薬は1回分、点眼薬は未開封のものとし、薬の容器や袋にもクラス、氏名 (フルネーム) を記入し、保管・与薬依頼書と一緒に直接職員に手渡ししてください。
- \* 薬品名や与薬量 (用量) が変わった場合は、すみやかに新しい薬を保管・与薬依頼書と一緒に職員に手渡ししてください。
- \* 年度末には薬を一度保護者に返却させていただきます。依頼内容に変更等がないか主治医に確認していただき、再度保管の依頼をお願いします。
- \* 緊急時 (誤食時) の場合は保護者に連絡しますので、必ず連絡が取れるようにお願いします。