

マール保育園 アレルギー児用 薬の依頼票

令和 年 月 日

依頼者	保護者氏名	印		
	園児名		クラス名	
病院名	TEL — —			
薬の種類	エピペン・水薬・錠剤・ぬり薬・その他 ()			
使用期限	年 月 日まで			
使用条件				
使用直前の 確認連絡先	①	氏名	続柄	電話番号 (自宅・職場・携帯・その他)
	②			(自宅・職場・携帯・その他)
※連絡が繋がらない場合の対応（記入例：先に薬を使用し、事後報告を希望。）				
特記事項				

<園からの注意事項>

- ・薬は医師から処方されたものに限りです。
- ・依頼書は薬の使用期限ごとに1度提出してください。
- ・緊急時、園で薬を使用する直前には、記入された連絡先へ確認の連絡をします。
- ・使用期限切れ等による薬の更新は、保護者の責任のもと行ってください。
- ・使用条件条件は、どんな症状のとき使用するか具体的に記載