

与薬依頼書

令和 年 月 日

園長 殿

医師の診断の結果、薬の投与が必要となりました。下記の通り、私に代わり与薬をお願い致します。尚、この与薬により、何か異常な事態が生じても、園への責任は問いません。

記

(必要なところは○で囲んでください) ※太枠内をご記入ください。

お子様の氏名			
保護者氏名	Ⓜ		
病院名		TEL	
診断名			
処方期間	令和 年 月 日 のみ・から 月 日まで		
依頼期間	令和 年 月 日 のみ・から 月 日まで		
薬の種類	粉末	包/1回	そのまま飲む ・ 少量の水で溶いて
	シロップ	本/1回	目薬 左目・右目・両目
	軟膏	部位:()	
	その他		
服用時間	食前	食後	時間指定 (:)
	おやつ前	おやつ後	その他 ()
備考欄			

- *初めて処方されたお薬はお預かりしておりませんので、ご了承下さい。
- *依頼書とともに、薬剤情報提供書をお持ちください。
- *内服薬(シロップ・粉薬)は、一回分ずつの小分けにしてお持ちください。
- *市販の薬・解熱剤に関しては、お預かりしておりません。
- *週が変わったら、改めて提出してください。
- *依頼書は、お薬と一緒に、保育士または看護師に手渡してください。
- *薬の袋及び容器に氏名を記入してください。

与薬日	／ (月)	／ (火)	／ (水)	／ (木)	／ (金)	／ (土)
朝の内服時間	:	:	:	:	:	:
受け取った担当者						
与薬担当者						
与薬時間	:	:	:	:	:	: