与薬依頼票



らしさ保育園　殿

令和　　年　　月　　日　投薬依頼分

園児氏名：　　（現在　　歳　　ヶ月）

私は、下記内容を確認し、保育中の与薬を依頼します。
また、薬剤・使用方法・使用期間に変更があった場合は、速やかに園へ申し出ます。

保護者署名：　　連絡先：

医師が処方した薬（1回分）と、お薬手帳または薬剤情報提供書（お薬の説明書）を添えて、登園時に職員へ直接お渡しください

診断名		症状		
医療機関名	担当医：　　連絡先：		受診日	
薬について	抗生剤　咳止め　鼻水止め　風邪薬　下痢止め その他（　　）			
	粉末（　　種類）　シロップ（　　種類）			
	軟膏（　　/　部位　　）　点眼薬　座薬			
薬の保管	常温　冷蔵庫　その他（　　）			
与薬時間	食前　食間　食後　その他（　　）			
与薬期間	年　月　日　～　年　月　日			
※使用期間終了後も継続して使用する場合や、薬剤・使用方法等に変更があった場合は、新しい与薬依頼票をご提出ください。				

与薬日	/	/	/	/	/	/	/
時刻 受領者							
時刻 ①与薬者 ②確認者	① ②	① ②	① ②	① ②	① ②	① ②	① ②

園児氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

与薬日	/	/	/	/	/	/	/
時刻 受領者							
時刻 ①与薬者 ②確認者	① ②	① ②	① ②	① ②	① ②	① ②	① ②

与薬日	/	/	/	/	/	/	/
時刻 受領者							
時刻 ①与薬者 ②確認者	① ②	① ②	① ②	① ②	① ②	① ②	① ②

与薬日	/	/	/	/	/	/	/
時刻 受領者							
時刻 ①与薬者 ②確認者	① ②	① ②	① ②	① ②	① ②	① ②	① ②