

与薬依頼書

医師の指示により、保育時間中における与薬が必要となりましたので、下記のとおり与薬を依頼します。

年 月 日

保護者氏名：

連絡先：

園児名	
医療機関名	担当医： 電話番号：
病名	
依頼日	年 月 日 ～ 年 月 日 まで
薬の種類	粉薬 ・ 水薬(シロップ) ・ 錠剤 ・ 点眼 ・ 軟膏 その他()
薬の内容	抗生物質 ・ 気管支拡張剤 ・ 咳止め ・ 鼻水止め ・ 吐気止め その他()
保管方法	室温 ・ 冷蔵庫 ・ その他()
与薬時間	食前 ・ 食後 ・ 食間() その他()
与薬方法	
注意事項	

※薬の袋や容器には、お子様の名前を必ず記入してください。

※薬は1回分ずつに分けて、当日分のみ持参してください。

※与薬については保護者の責任となりますので、ご了承ください。

※市販薬や医師から処方されていない薬は、お受けすることはできません。

【保育所記入欄】

与薬日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
受領者サイン					
与薬者サイン					
与薬時間	:	:	:	:	:

※与薬依頼書と薬剤情報提供書またはお薬手帳のコピーを職員に手渡ししてください。