

(園控え)

与薬依頼書

年 月 日

クラス _____ 組 園児名 _____
 病院・医院名 _____ TEL _____
 医師名 _____
 病名 (又は症状) _____

薬の種類・与薬時間 (該当するものに○をつけてください)

☆ **内服薬** 液体・粉末 (1包・2包)・錠剤 (1錠・2錠)
 ※ (食前・食間・食後) 又は (時刻 時頃)

☆ **外用薬** 塗り薬・貼り薬
 ※ 午前 (時 分頃)・(午後 時 分頃)

☆ **保管方法** 室温 ・ 冷蔵庫

【注意事項】市販の薬はお預かりできません
 内服薬は1回分のみご持参ください

この薬は、保護者に代わって与薬するものです
 与薬によって生ずる症状には、責任を負うものではありません

袖 師 保 育 園

保護者及びそれに代わる者の承認署名 _____

日付 (曜日)	受領者サイン	受領時間	与薬者サイン	与薬時刻
日 ()		:		:

与薬依頼書

年 月 日

クラス _____ 組 園児名 _____
 病院・医院名 _____ TEL _____
 医師名 _____
 病名 (又は症状) _____

薬の種類・与薬時間 (該当するものに○をつけてください)

☆ **内服薬** 液体・粉末 (1包・2包)・錠剤 (1錠・2錠)
 ※ (食前・食間・食後) 又は (時刻 時頃)

☆ **外用薬** 塗り薬・貼り薬
 ※ 午前 (時 分頃)・(午後 時 分頃)

☆ **保管方法** 室温 ・ 冷蔵庫

【注意事項】市販の薬はお預かりできません
 内服薬は1回分のみご持参ください

この薬は、保護者に代わって与薬するものです
 与薬によって生ずる症状には、責任を負うものではありません

袖 師 保 育 園

保護者及びそれに代わる者の承認署名 _____

日付 (曜日)	受領者サイン	受領時間	与薬者サイン	与薬時刻
日 ()		:		:

※薬剤情報提供書を添付して下さい (同じ病気で薬を数日飲む場合は初回のみ添付して下さい)