

与薬依頼書

令和 年 月 日

保育室長 様

依頼者(保護者)

氏名 : _____ 印

次により別紙の診療情報提供書(医師連絡票)、またはお薬手帳の控えのとおり、保護者に代わって与薬をお願いします。

登録番号			
児童名	年齢	歳	か月
病名			
病院名	電話番号		
病院での処方日	令和	年	月 日
与薬の内容 (○印で囲んでください。)	・ 抗生剤 ・ 下痢止め ・ 咳止め ・ 解熱剤 ・ 座薬 ・ 外用薬 (塗薬 ・ 点眼) ・ その他()		
与薬方法	食前	時	水・粉(袋)
	食後	時	水・粉(袋)
	食間	時	水・粉(袋)
	塗薬	時	回
	点眼	時	回
		時	水・粉(袋)・ 回
注意事項	次の事項を必ず守ってください。 1 医療機関からの処方であること。保護者の判断で持参された薬は対応できません。 2 水薬や粉薬等の容器・袋には名前を書き、1回分を持参してください。 3 市販の薬はお預かりできません。		
受領者サイン _____	与薬者サイン _____		