

# 与薬依頼票

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、保護者の責任において保育園での園児に対する与薬を行っていただきたく依頼します。

年 月 日 記

依頼先	保育園（所）						
依頼者	保護者氏名						印
	連絡先 TEL：						
	子ども氏名						（ 組）
	男 ・ 女	歳	カ	月			
病名又は症状							体温：（ ℃）
病院名	病院・医院						TEL： FAX：
お薬について	処方日	年 月 日					
	保管	室温 ・ 冷蔵庫 ・ その他（ ）					
	内容	風邪薬 ・ 咳止め ・ 下痢止め ・ 抗生物質 ・ その他（ ）					
	種類	粉（ 袋） ・ シロップ ・ その他（ ）					
	使用日時	年 月 日 ～ 月 日					
		食前 ・ 食後 その他（ ）					
注意事項							

【注意事項】 お薬は1回分ずつお預かり致します。お薬の入っている容器や袋にも必ず園児名やクラス名、与薬時間を記載するようにしてください。

日付	／	／	／	／	／	／	／	／
受領時刻	:	:	:	:	:	:	:	:
受領者								
与薬時間	:	:	:	:	:	:	:	:
与薬者								
確認印								