

与薬依頼票

医師の指示により保育期間中における与薬が必要となり、保護者の責任においてこども園での園児に
対する与薬を行っていただきたく依頼します。

(記入日) 年 月 日

依頼先	きずなこども園	
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:(°C)	
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()
	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。薬の成分表も合わせて提出して下さい。

日 付	／	／	／	／	／	／	／	／
受領時刻	:	:	:	:	:	:	:	:
受領者								
与薬時間	:	:	:	:	:	:	:	:
与薬者								
確認者								
保護者 確認印								