

# 与薬依頼票

(まつぼっくり保育園)

(保護者記載欄)

クラス名 \_\_\_\_\_ 組

児童名 \_\_\_\_\_

保護者名 \_\_\_\_\_

保護者に代わり、与薬をお願いします。

薬を飲ませる日	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日
病名(または症状)	
処方された病院・医院名	
	TEL. ( )
薬を処方された日	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日
薬の種類 (個数を記入)	水薬( ) ・ 粉薬( ) ・ 軟膏( ) ・ 目薬( ) その他( )
内 容	抗生物質 ・ 咳 止 め ・ 下痢止め ・ か ぜ 薬 その他( )
飲む(使用する)時間帯	食 前 ・ 食 後 ・ その他( )

※内服する薬は1回分にして持参して下さい。

※薬にも氏名を記入し、与薬依頼票とともに保育士に手渡してください。

※外用薬は使用期間を記入してください。

\_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ~ \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

(保育園記載欄)

受領者	_____ 月 _____ 日 (印)	与薬者	_____ 月 _____ 日 (印)
-----	---------------------	-----	---------------------