

与薬依頼票

記入日: 令和 年 月 日

保護者氏名	連絡先電話番号()						
園児氏名	クラス()						
主治医氏名	医療機関名() 医療機関電話番号()						
病名(または症状)							
処方日	令和 年 月 日に処方された 日分のうちの1回分						
薬の種類等	内服薬(粉(包) シロップ) 塗り薬 その他() ※当てはまる種類に○をつけてください						
	薬の名称: ※調剤薬局でもらった、薬の詳細が書かれた紙のコピーを添付してください						
	保管方法: 室温 冷蔵庫 その他() ※当てはまる種類に○をつけてください						
与薬日時	月 日(曜日) ~ 月 日(曜日) 昼食前 昼食後 おやつ後 その他() ※当てはまる時間帯に○をつけてください						

※太枠内は、保護者の方がご記入ください

(保育園記載)

受領者サイン							
与薬実施者サイン	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
実施時間	時 分	時 分	時 分	時 分	時 分	時 分	時 分

----- きりとり -----

令和 年 月 日

園児名 _____

お預かりした薬は、与薬いたしました。

与薬実施者サイン	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日

与薬依頼票

記入日: 令和 年 月 日

保護者氏名	連絡先電話番号()						
園児氏名	クラス()						
主治医氏名	医療機関名() 医療機関電話番号()						
病名(または症状)							
処方日	令和 年 月 日に処方された 日分のうちの1回分						
薬の種類等	内服薬(粉(包) シロップ) 塗り薬 その他() ※当てはまる種類に○をつけてください						
	薬の名称: ※調剤薬局でもらった、薬の詳細が書かれた紙のコピーを添付してください						
	保管方法: 室温 冷蔵庫 その他() ※当てはまる種類に○をつけてください						
与薬日時	月 日(曜日) ~ 月 日(曜日) 昼食前 昼食後 おやつ後 その他() ※当てはまる時間帯に○をつけてください						

※太枠内は、保護者の方がご記入ください

(保育園記載)

受領者サイン							
与薬実施者サイン	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
実施時間	時 分	時 分	時 分	時 分	時 分	時 分	時 分

----- きりとり -----

令和 年 月 日

園児名 _____

お預かりした薬は、与薬いたしました。

与薬実施者サイン	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日