

与薬依頼書

依頼月日 令和 年 月 日

こども園で与薬を必要とされる方は下記に必要事項を記入し、薬と共に職員にお渡してください。
(薬は一回分のみを容器に入れ、園児名を記入してください)
※未記入など記載に不備があった場合はこども園で投薬を行うことができませんのでご注意ください。

クラス名 _____

園児名 _____

保護者名 _____ 印

処方を受けた 医療機関名		電話 番号		医師名	
病名	主な症状 ()				
内服薬	投薬の量 1回 _____錠 ・ 包 ・ 目盛 時間帯 食前 ・ 食後 ・ その他 ()				
外用薬 (軟膏薬)	患部 _____ 時間 _____				
点眼薬	一日 _____回 (両目 ・ 右目 ・ 左目)				
備考					

※継続的な与薬を依頼される方は下記も記入し、与薬期間中お持ちください。

与薬依頼書(継続投薬用)

上記与薬依頼書に記載したとおりの疾病により、継続投薬を必要とするため、完治するまで与薬を依頼をいたします。2週間過ぎる場合は与薬依頼書の再提出を行います。

園児名 _____

保護者名 _____ 印

月 日	/	/	/	/	/
曜日	月	火	水	木	金
保護者サイン					
保育園印					
月 日	/	/	/	/	/
曜日	月	火	水	木	金
保護者サイン					
保育園印					

※お子さまへの投薬が終了しましたら、この依頼書はこども園で回収いたしますので提出してください。