

与薬依頼書

令和 年 月 日

依頼先 小ヶ倉こども園

医師の診断の結果、薬の投与が必要となりました。

下記の通り、私に代わり与薬をお願いします。

尚、この与薬により、何か異常な事態が生じても、園への責任は問いません。

記

処方された日	月 日 ()	処方期間	月 日 ()まで	
依頼期間	令和 年 月 日()のみ・から 月 日()まで			
園児名	組			
病名(症状)	病院名			
保護者名				
内服薬	種類	抗生物質・風邪薬・咳止め・痰の薬・整腸剤・その他()		
	分量	水薬1回分 個	粉薬1回 包	方法 水に溶く・そのまま飲む その他()
外用薬	目薬	左目・右目・両目 計 本 (分間空ける)		
	軟膏	部位 <u>※書かれた部位のみ塗りますので、詳しく記入してください。(例：右ひざ裏・・・など)</u>		

※ 依頼書は、薬と一緒に受付に、必ず手渡しでお渡してください。

※ 薬の種類、量が変更になった場合には、新たに与薬依頼書の記入をお願いします。

※ この与薬依頼書は園保管となりますので、最後は園に提出してください。

※ 園では基本、昼食後の与薬です。どうしても、別の時間に飲ませないといけない場合は、ご相談ください。

与薬日	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()
与薬時間	昼食前 昼食後	昼食前 昼食後	昼食前 昼食後	昼食前 昼食後	昼食前 昼食後	昼食前 昼食後	昼食前 昼食後
保護者サイン							
預かった人							
与薬した人							