

# 与薬依頼書

組 園児名 \_\_\_\_\_

1. 園での与薬を必要とする場合、医師が処方した薬であること。
  2. 保護者の個人的な判断で持参した薬ではないこと。
- 上記の条件のもとで、保護者に代わり保育園での与薬を依頼します。

年 月 日

保護者名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

病院名 : \_\_\_\_\_ TEL ( \_\_\_\_\_ ) - \_\_\_\_\_

病名・症状 : \_\_\_\_\_

薬の種類	与薬方法（用法・用量等）	処方された日
塗り薬	回数 回（時間） 患部（ ）	月 日
その他		月 日

※ 保存方法： 室温・要冷蔵・その他（ ）

与薬期間

与薬日	/	/	/	/	/	/
	( )	( )	( )	( )	( )	( )
園確認欄						

年 月 日

保護者サイン \_\_\_\_\_