

【短期間用】

与薬依頼票

はすめま第二保育園

年 月 日

- ・未記入の場合は与薬ができません
- ・薬剤情報提供文書を、この依頼票と一緒にお持ちください
- ・お子さんの状況などにより、指示通りの与薬ができない場合もあります
ご了承ください

医師より、下記の通り指示がありましたので、保育所での与薬を依頼致します

園児名	()組		
保護者名 (依頼者)	Ⓜ		
医療 機関名	医院(病院)	処方日	年 月 日
病名 (症状)			
薬の 種類	※ 散剤(1回 袋)・シロップ(1回 CC)・塗り薬(種類)		
	貼り薬(枚)・目薬(左・右)・その他() ※該当に○		
与薬時間			
特記事項			

保育園記入欄	与薬日	/	/	/
	受け取り者			
	与薬時間	:	:	:
	与薬者			
	与薬日	/	/	/
	受け取り者			
	与薬時間	:	:	:
	与薬者			

保育園記入欄	与薬日	/	/	/
	受け取り者			
	与薬時間	:	:	:
	与薬者			
	与薬日	/	/	/
	受け取り者			
	与薬時間	:	:	:
	与薬者			
	与薬日	/	/	/
	受け取り者			
	与薬時間	:	:	:
	与薬者			