

与 薬 依 頼 書

年 月 日

園園長様

医師の診察を受けたところ、下記の通り指示がありましたので、お願いいたします。
 なお、服用については、保護者である私が一切の責任を負います。

保護者氏名 _____ 印

<注意事項>

- ★園での与薬は、医師の処方した薬に限ります。
- ★内服薬は、1回分のみお持ちください。
- ★容器、薬袋に名前をお書きください。
- ★薬とともに職員にお渡しください。
- ★特別な注意や指示がある場合は必ず特記事項にお書きください。

※必要なものは○で囲んでください。

クラス名		園児名	
病院名		病名	
処方された年月日	年 月 日	朝の服用時間	時 分
薬の名前			
薬の用途	抗生物質 ・ 咳止め ・ 下痢止め ・ 消炎剤 ・ 鼻 整腸剤 ・ 抗アレルギー薬 ・ 気管支拡張剤 ・ 外用薬 その他 ()		
薬の種類	内服 ・ 外用 ・ 点眼		
与薬方法	食前 食間 (時間) 食後 その他 ()		
服用日	年 月 日		
特記事項			
園側記入欄	与薬実行確認氏名 () 服用時間 ()		