

与 薬 依 頼 書 (慢性疾患用)

医師の指示により、やむを得ず保育時間中における与薬が必要となりました。つきましては、保護者の責任において、園での子に対する与薬を下記により行っていただきたく依頼いたします。

依頼日 平成 年 月 日

組名 組 園児名 保護者氏名 (印)

医療機関名 (医師名)	TEL ()		
病 名			
薬の種別	与薬方法(用法・用量)		
内服薬	時間	食 (前 ・ 間 ・ 後) 分	
	方法	そのまま・水で溶く・その他()	
塗り薬	時間	回(時間)	
	患部		
点眼薬	回数	回(時間)	
	患部	左目 ・ 右目 ・ 両目	
今回の薬を 与える期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日		
診断書	あり ・ なし	薬剤情報 提供書	あり ・ なし
注意事項			

- 薬剤には**園児名**と**日時**を記入してください。 ●原則として毎月1枚提出してください。
- 内服薬は**1回分のみ**お持ちください。

園 記 入 欄	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
	受付																
	与薬																
	与薬状況																
	日	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
	受付																
	与薬																
	与薬状況																