

与薬依頼書（1回分）

聖愛幼稚園園長殿

医師の指示により、やむを得ず園での保育時間中における投薬が必要になりましたので、下記により投薬を行っていただきたく依頼致します。

保護者名

⑩

与薬日	年 月 日 ()				
クラス名	子どもの氏名 (フルネーム)				
医療機関名 担当医師名				TEL	
処方された日	年 月 日 ()				
病名・症状					
朝薬を飲ませた時間	時 分 (4時間はあけて飲ませます)				
薬の種類 ()	粉薬 () 水薬 () 錠剤 () 外用薬 () その他 () ☆ () 内に個数を記入して下さい。				
与薬の時間	食後 その他 ()				
受取者		与薬者		与薬時間	
		確認者			

* 保護者の署名捺印のない依頼書はお預かりできません。

- 1、薬を入れた容器や袋には必ず園児名を記載してください。
- 2、必ず職員に手渡してください。
(バックや鞆に入ってもわかりません)
- 3、座薬・市販薬の投薬は出来ません。
- 4、薬剤情報提供書又はおくすり手帳があれば提出してください。