

与薬依頼書

西巣鴨学びの保育園

園長確認印

| | | | |
|-----------------------------------|-----------------------------------|-----|--|
| 依頼日 | 年 月 日 () | | |
| クラス | 組 | 児童名 | |
| 病名 | | | |
| 医療機関名 | | | |
| 医療機関での処方日 | 年 月 日 () | | |
| 処方期間 <small>※1週間(6日)以内</small> | 年 月 日 () ~ 年 月 日 () | | |
| 薬の内容 | 内服薬 ・ 外用薬(塗り薬) ・ 座薬 ・ その他 () | | |
| 調剤内容(薬の名称) | | | |
| 投薬の時期 | 昼食前 ・ 昼食後 ・ おやつ前 ・ おやつ後 ・ その他 () | | |
| 使用方法(飲ませ方等) | | | |
| その他注意事項 | | | |

| 処方日 | 保護者確認印 | 預かり者確認印 | 返却者確認印 | 与薬した時間 与薬者確認印 |
|---------|--------|---------|--------|------------------|
| 月 日 () | | | | |
| 月 日 () | | | | |
| 月 日 () | | | | |
| 月 日 () | | | | |
| 月 日 () | | | | |
| 月 日 () | | | | |

※必ず調剤薬局からの薬剤情報提供文書(薬の説明書)とこの依頼書、お薬1回分を一緒にして直接保育士にお渡しください
 ※この1枚で1週間分(6日分)となります。継続して投薬を依頼する場合は1週ごとに提出をして下さい。