

クラス名) 組 児童名

与薬依頼日	20 年 月 日()
病名・症状	
処方された病院・医院名	TEL() -
薬の処方日	20 年 月 日()
保管方法	常温 冷蔵庫 その他()
薬の種類(個数)	水薬()粉薬()軟膏()目薬()その他()
薬剤名	
与薬する時間帯	食前 食後 その他()
自宅での与薬方法	

保護者に代わって与薬をお願いします。

与薬依頼書通りに与薬した結果についての責任は、保育所側でないことを承認します。

保護者名

印

連絡先(TEL)

※薬は1回分ずつ、名前、薬剤名を記入し、与薬依頼書、処方箋(名前・薬剤名・処方日・作用・副作用記載のもの)とともに保育士に手渡してください

※与薬依頼日開始日に太枠を記載し、依頼日ごとに日付、依頼印の押印をしてください

※与薬期間終了後は、この用紙は保育所側で、回収、保管しますので必ず返却してください

与薬希望する日	保護者印	与薬者 / 確認者	備考欄
/		/	
/		/	
/		/	
/		/	
/		/	