

与薬依頼書

年 月 日

クラス 組 名前

この度 と診断されましたので、処方された薬の投与をお願いします。

受診病院名 TEL

年 月 日に処方された 日～ 日の分です。

保護者名 印 緊急連絡先

※ 1 回分の数量・与薬時間などを○で囲んで下さい。

◎内服薬	・粉薬 () 種	食前	食後	食間
	・錠剤 () 種	食前	食後	食間
	・水薬 () 種	食前	食後	食間
◎外用薬	・塗り薬 () 種	・・・	塗るところ ()	
	・点眼薬 () 種	・・・	右目 左目 両目	
	・貼り薬 () 種	時間	:	頃

* 園記入欄 *

投薬実施記録		
日・曜日	投薬時間	投薬者サイン
月 日 ()	午前・午後 :	
月 日 ()	午前・午後 :	
月 日 ()	午前・午後 :	
月 日 ()	午前・午後 :	
月 日 ()	午前・午後 :	

書類受取者名 ()

承諾書

様のご依頼を受け、承諾しました。
与薬中に緊急の対応が生じた場合は速やかに受診医院または園医の指示を仰ぎ、処置をします。

年 月 日

園長 印

添付資料⑥・・・事務所で配布します。* HPからもプリントアウトできます。