

与薬依頼書

上塩保育園長 宛

依頼年月日 平成 年 月 日

クラス名	園児名	保護者名
処方を受けた医療機関名		医療機関の電話番号
病名	主な症状 ()	
内服薬	① 粉水錠剤 (食前 食後 その他) ② 粉水錠剤 (食前 食後 その他) ③ 粉水錠剤 (食前 食後 その他) ④ 粉水錠剤 (食前 食後 その他)	
外用薬 (軟膏薬)	患部	時間
点眼薬	① 回数 回 時間 患部 (右目・左目)	② 回数 回 時間 患部 (右目・左目)
連絡先	受理者	与薬者
備考		

- 与薬の依頼に際しては、保育時間中に薬を与える必要があるかどうか主治医にご相談ください。
- 薬の袋や容器に、クラス名、氏名、服用時間を記入してください。
- 内服薬が複数の場合には、それぞれ① ② ③ ④ と記入してください。

与薬依頼書

上塩保育園長 宛

依頼年月日 平成 年 月 日

クラス名	園児名	保護者名
処方を受けた医療機関名		医療機関の電話番号
病名	主な症状 ()	
内服薬	① 粉水錠剤 (食前 食後 その他) ② 粉水錠剤 (食前 食後 その他) ③ 粉水錠剤 (食前 食後 その他) ④ 粉水錠剤 (食前 食後 その他)	
外用薬 (軟膏薬)	患部	時間
点眼薬	① 回数 回 時間 患部 (右目・左目)	② 回数 回 時間 患部 (右目・左目)
連絡先	受理者	与薬者
備考		

- 与薬の依頼に際しては、保育時間中に薬を与える必要があるかどうか主治医にご相談ください。
- 薬の袋や容器に、クラス名、氏名、服用時間を記入してください。
- 内服薬が複数の場合には、それぞれ① ② ③ ④ と記入してください。