

# 与薬依頼書

年 月 日

共栄保育園・みのり園

依頼先 共栄保育園・みのり園 (いずれかに○)		
依頼者 保護者氏名 (自署)	連絡先 (会社名等) 電話	
子ども氏名 (クラス名)	男・女 ( )	歳 月 日
診察券番号 _____		
主治医 ( )	電話 病院・医院) FAX	
病名 (又は症状)		
薬の種別	与薬方法 (用法・用量等)	処方された日
内服薬①	時間：食 (前・間・後) 分 方法：そのまま 水で溶く その他 ( )	月 日
内服薬②	時間：食 (前・間・後) 分 方法：そのまま 水で溶く その他 ( )	月 日
塗り薬	回数： 回 (時間 ) 患部： ( )	月 日
点眼薬	回数： 回 (時間 ) 患部： ( )	月 日
		月 日

【注意事項】薬を入れた容器や袋には、必ず園児名を記載するとともに、内服薬などが複数の場合には、それぞれ①、②と記載してください。

保育園記載欄	与薬日/ 与薬時間	月 日/ :	月 日/ :	月 日/ :	
	受領者サイン				
	保管場所				
	与薬者 サイン	与薬 確認者 サイン			
	特記事項				

年度

与薬実施票

児童名 \_\_\_\_\_

保管場所 \_\_\_\_\_

薬剤名 \_\_\_\_\_

薬量 \_\_\_\_\_

月/日(曜日)	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )
時間	:	:	:	:	:	:
受領者						
与薬者 (2名)						
備考						
月/日(曜日)	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )
時間	:	:	:	:	:	:
受領者						
与薬者 (2名)						
備考						
月/日(曜日)	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )
時間	:	:	:	:	:	:
受領者						
与薬者 (2名)						
備考						
月/日(曜日)	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )
時間	:	:	:	:	:	:
受領者						
与薬者 (2名)						
備考						