

＜ 与 薬 依 頼 票 ＞

令和 年 月 日 記

主治医の診断により、与薬が必要であるとの指示がありました。つきましては注意事項を厳守しますので、処方薬の与薬を依頼します。また、与薬によって生じた問題は、保護者が全ての責任を負います。

依 頼 者	保護者名	印		
	園 児 名	クラス	組	

与薬依頼日	令和 年 月 日 ()			
医療機関名	電話番号			
受 診 日	令和 年 月 日 ()	疾患名・症状		
与薬の内容	薬 剤 名	形 状	数 量 (+単位)	与薬時間
	(例) ムコダイン	粉末	1 包	昼食 前・後 他→
				昼食 前・後 他→
				昼食 前・後 他→
そ の 他				

☆与薬について注意事項☆

- 医師の処方した薬に限ります。(市販薬はお受けできません)
- 一回分の薬と与薬依頼票を、チャック付きビニール袋(クラス・氏名を記入)に入れてください。
- 電話による依頼、及び与薬依頼票に不備がある場合は、与薬することはできません。
- この与薬依頼票は、与薬する日ごとに記入してお出してください。(アレルギーなどで毎日服用が必要な方、熱性けいれんなどで突発的に与薬が必要な方は、必ず事前にご相談ください)
- この与薬依頼票と薬は、保育士に直接お渡ししてください。

使用日	/	/	/	/	/
受領サイン					
投薬サイン					
投薬時間	:	:	:	:	:

使用日	/	/	/	/	/
受領サイン					
投薬サイン					
投薬時間	:	:	:	:	:

～この与薬依頼票はコピーしてご利用ください～