

与薬依頼書

クラス

名前

- 1、園での与薬を必要とする場合、医師が処方した薬であること。
 - 2、保護者の個人的な判断で持参した薬ではないこと。
- 上記の条件のもとで、保護者に代わり保育園での与薬を依頼します。

年 月 日

保護者名

㊞

病院名:

Tel:

病名・症状:

薬の種類	与薬方法			処方された日
内服薬	服用時間	食前・食間・食後		月 日
	服用方法	そのまま・水で溶く・その他		包
点眼	服用時間		右・左	月 日
塗り薬	服用時間		塗るヶ所	月 日
担当職員				㊞