

与薬依頼書

次の園児については、医師との相談の結果、(認)太陽幼稚園・おひさま保育園での保育中における投薬が必要になりました。つきましては、保護者の責任において(認)太陽幼稚園・おひさま保育園での園児に対する投薬を下記により行って頂きたいと依頼します。

*コピーしてお使いください

依頼年月日

年

月

日

組	園児氏名	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) * 乳児の場合は、おおよその時間をその他に記入して下さい。		
外用薬 (軟膏薬)	患部	時間	
点眼薬	① 回数 回 時間 時 患部 (右目 ・ 左目)	② 回数 回 時間 時 患部 (右目 ・ 左目)	
連絡先		備考	

職員記入欄

受理者	与薬者	与薬時間
-----	-----	------

与薬依頼書(慢性疾患用)

次の園児については、医師との相談の結果、(認)太陽幼稚園・おひさま保育園での保育中における投薬が必要になりました。つきましては、保護者の責任において(認)太陽幼稚園・おひさま保育園での園児に対する投薬を下記により行って頂きたいと依頼します。

依頼年月日 年 月 日

組	園児氏名	保護者名
---	------	------

処方を受けた医療機関名	(医師名)	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) * 乳児の場合は、おおよその時間をその他に記入して下さい。		
外用薬(軟膏薬)	患部	時間	
点眼薬	① 回数 回 時間 時 患部 (右目 ・ 左目)	② 回数 回 時間 時 患部 (右目 ・ 左目)	
今回の薬を与える	月 日 ~ 月 日		
備考			

与薬依頼日	受理者	与薬者	与薬依頼日	受理者	与薬者
月 日			月 日		
与薬時間			与薬時間		
月 日			月 日		
与薬時間			与薬時間		
月 日			月 日		
与薬時間			与薬時間		
月 日			月 日		
与薬時間			与薬時間		
月 日			月 日		
与薬時間			与薬時間		