与薬依頼票

川西こども園

依頼日　令和　　年　　月　　日

依頼者（保護者名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿は下記の通り与薬を依頼します。

連絡先（　　ー　　ー　　）

【注意事項】

＊　与薬をする場合、**①与薬依頼票　②1回分の薬　③薬の説明書が必要になります。**
与薬依頼票・薬説明書の提出がない場合は　与薬ができませんので、忘れずに持参して下さい。

＊　容器・薬袋には、必ず**与薬が必要な園児の氏名、お薬の名前**をご記入下さい。

＊　誤飲を避ける為,必ず与薬依頼票と薬説明書と薬を一緒に担任まで手渡しをし、必ず声を掛けて下さい。

クラス	**園児名**					
病名（症状）						
受診医院・病院		**受診日**	令和　　年　　月　　日			
園での与薬期間	令和　年　月　日 から 令和　年　月　日までの（　　）日間					
薬の種類 **＊該当するものに〇をつけて下さい。** **薬が複数ある場合は個数を記入して下さい。**	**・粉（　　袋）**	**昼食前**	**昼食後**	**その他**	**使用方法・注意事項：食間など**	
	・水薬（　　本）	**昼食前**	**昼食後**	**その他**	**使用方法・注意事項：食間など**	
	・塗り薬（　　種類）	**昼食前**	**昼食後**	**その他**	**使用方法・注意事項：部位・回数など**	
	・目薬（　　本）	**昼食前**	**昼食後**	**その他**	**使用方法・注意事項：回数・指定時間など** **点眼（右・左・両目）**	
	・その他　（　　）					

月／日	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／
与薬者サイン											
実施確認者サイン											