与薬依頼票

こどもの森　阪手保育園

依頼日　　年　　月　　日

依頼者（保護者）氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿は下記の通り与薬を依頼します。

連絡先☎（　　）

園児名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿	クラス＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

病名（症状）	
受診医院・病院	
処方箋	有　・　無　（○をつけて下さい。）
処方日	年　月　日 から　年　月　日まで
園での与薬期間	年　月　日 から　年　月　日までの（　　）日間
薬の種類	＊該当するものに○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）　・塗り薬（　種類） ・液体（　本）　・目薬（　本） ・その他（　　）
与薬時間	＊該当するものに○をつけて下さい。指定時間などあればその他に記入して下さい。 1）昼食前　2）昼食後　3）その他（　　）
使用方法	＊外用薬・目薬（右・左・両目）などの使用方法・部位・回数など、 その他の薬についても注意事項ありましたら記入して下さい。

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

【注意事項】

＊薬は必ず**1回分のみ**ご持参下さい。

＊容器・薬袋には必ず**与薬が必要な園児の氏名**をご記入下さい。

＊誤飲を避ける為必ず与薬依頼票とお薬を一緒に提出して下さい。