

与薬依頼票

こどもの森 阪手こども園

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									
薬の説明書	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 <u>使用方法・部位・回数</u> などを記入してください。 その他の薬についても注意事項や伝えておきたいことが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と一緒に提出して下さい。