

# 与薬依頼票

柳本保育園

依頼日 令和 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	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日まで		
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○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。指定時間やその他がある場合は記入して下さい。 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、必ず与薬依頼票と薬を一緒に担任まで手渡しをし、必ず声を掛けて下さい。