

様式1

与 薬 依 頼 書

施設長様

医師の指示により、やむを得ず保育時間中における与薬が必要となり、保護者の責任において、保育園等での園児に対する与薬を行っていただきたく依頼いたします。

依頼日 年 月 日

組

園児名 _____

保護者名 _____

医療機関名 (担当医師名)	(電話)	
病名／薬剤名	病名：	薬剤名：
薬の種別	与薬方法(用法・用量等)	処方された日
内服薬 ①	時間 食前・食後・その他() 方法 水で飲む・水で溶く	月 日
内服薬 ②	時間 食前・食後・その他() 方法 水で飲む・水で溶く	月 日
塗り薬	回数 回(時間) 患部 ()	月 日
点眼薬	回数 回(時間) 患部 (左目・右目)	月 日
		月 日

【注意事項】・薬の容器や袋には、必ずクラス名と園児名を記載するとともに、
内服薬などが複数の場合には、それぞれ①、②と記載してください。
・薬剤情報提供書の提出を依頼する場合があります。
・お子さまの状態が悪化したときはすぐにご連絡いたします。

処理欄	受付者		与薬者		与薬時間	：
-----	-----	--	-----	--	------	---

様式1

与 薬 依 頼 書

施設長様

医師の指示により、やむを得ず保育時間中における与薬が必要となり、保護者の責任において、保育園等での園児に対する与薬を行っていただきたく依頼いたします。

依頼日 年 月 日

組

園児名 _____

保護者名 _____

医療機関名 (担当医師名)	(電話)	
病名／薬剤名	病名：	薬剤名：
薬の種別	与薬方法(用法・用量等)	処方された日
内服薬 ①	時間 食前・食後・その他() 方法 水で飲む・水で溶く	月 日
内服薬 ②	時間 食前・食後・その他() 方法 水で飲む・水で溶く	月 日
塗り薬	回数 回(時間) 患部 ()	月 日
点眼薬	回数 回(時間) 患部 (左目・右目)	月 日
		月 日

【注意事項】・薬の容器や袋には、必ずクラス名と園児名を記載するとともに、
内服薬などが複数の場合には、それぞれ①、②と記載してください。
・薬剤情報提供書の提出を依頼する場合があります。
・お子さまの状態が悪化したときはすぐにご連絡いたします。

処理欄	受付者		与薬者		与薬時間	：
-----	-----	--	-----	--	------	---