

与薬依頼書（保護者記載用）

平成 年 月 日

古川橋なの花保育園 施設長

保護者名 _____ ⑩

園児名 _____ 男・女

連絡先（電話）_____

1. 主治医： 連絡先（電話）：	(_____) _____	病院・医
2. 病名：		
3. 持参したくすり 1) 名称： 2) 使用目的： 3) 剤型： (飲み薬) 散・シロップ (1回ずつに分けてお預けください) (外用薬) 塗り薬・貼り薬・目薬・座薬		
4. 保管 室温・冷蔵庫・その他 (_____)		
5. その他注意事項		

保育園記入欄

受領者サイン	月	日	午前・午後	時	分
保管管理者サイン	月	日	午前・午後	時	分
使用日	/	/	/	/	/
与薬時間	:	:	:	:	:
サイン					

保護者
確認印

実施状況など

記入上のご注意：飲み薬は必ず1回分ずつに分けて、その日の分を与薬依頼書とともにお預けください。外用薬は最大1週間を限度とし、週末にはお持ち帰りいただきます。例：昼食後1回、夕食後1回の飲み薬と午睡後1回の塗り薬がある場合は3枚ご提出ください。

施設長印

注) 太枠のみ記入 使用日以下は保育園で記入

