

与薬依頼書 (内服・軟膏)



小金井公園ハイジ保育園 施設長

医師より、保育園にいる時間帯にも服用させる必要があると指示をされましたので、保護者代わりに与薬を依頼いたします。

年 月 日

保護者名 _____

連絡先電話 _____

児童名： _____ 年 月 日生 () 歳クラス

主治医： _____ 病院名 _____ 電話番号 _____

- 処方日： 年 月 日～ 月 日まで
- 病名（または症状）：
- 薬の名前：
- 薬の種類： シロップ 粉 顆粒 軟膏 その他 ()
- 薬の服用回数： 1日 回 食前・食後・その他 ()
- 園で内服する時間： 昼食後・午後のおやつ後・その他 ()
- 軟膏を塗る箇所・時間
- 注意事項

月 日 預り者 ()	与薬者 () 時 分内服
月 日 預り者 ()	与薬者 () 時 分内服
月 日 預り者 ()	与薬者 () 時 分内服
月 日 預り者 ()	与薬者 () 時 分内服

与薬依頼書 (内服・軟膏)



小金井公園ハイジ保育園 施設長

医師より、保育園にいる時間帯にも服用させる必要があると指示をされましたので、保護者代わりに与薬を依頼いたします。

年 月 日

保護者名 _____

連絡先電話 _____

児童名： _____ 年 月 日生 () 歳クラス

主治医： _____ 病院名 _____ 電話番号 _____

- 処方日： 年 月 日～ 月 日まで
- 病名（または症状）：
- 薬の名前：
- 薬の種類： シロップ 粉 顆粒 軟膏 その他 ()
- 薬の服用回数： 1日 回 食前・食後・その他 ()
- 園で内服する時間： 昼食後・午後のおやつ後・その他 ()
- 軟膏を塗る箇所・時間
- 注意事項

月 日 預り者 ()	与薬者 () 時 分内服
月 日 預り者 ()	与薬者 () 時 分内服
月 日 預り者 ()	与薬者 () 時 分内服
月 日 預り者 ()	与薬者 () 時 分内服