

与薬依頼書

うみの風こども園宛

保護者名

印

枠内をご記入ください。

月 日 ()	組	園児名 (男・女) (歳 か月)
---------	---	----------------------

医療機関名	TEL ()
病名 又は症状	
受診日	月 日 ()
処方期間	月 日～ 月 日 (日間)
薬の種類 (1回の量)	粉 (種類)・シロップ (種類) 外用薬 (種類)・その他 ()
外用薬の 使用方法	使用頻度、使用部位、塗布方法を具体的に記入してください
時間	食後・その他 ()
保管場所	常温・冷蔵・その他 ()

※処方箋、薬剤情報提供書をお薬に添えて、必ず職員に手渡ししてください。

薬を入れた容器や袋には、1つ1つに必ず名前を記載してください。

シロップは1回分量に分けてお持ちください。

※職員確認欄

月日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
受領者						
与薬時間						
与薬者						
確認者						

※医師より処方された期間内