

園長 宛

与薬依頼書 1

申込者 住 所
氏 名
対象児童との続柄

与薬の実施を依頼します。なお、実施に当たって付される条件等について遵守します。

対象児童	ふりがな 氏 名	年 月 日生 (歳)	
		性別	
病院 (医院) 名	病院 (医院)		
病名・症状			
処方年月日	令和 年 月 日		
薬の種類	<input type="checkbox"/> 細粒	<input type="checkbox"/> シロップ	<input type="checkbox"/> 軟膏剤 (ステロイド 有・無)
	<input type="checkbox"/> 坐薬	<input type="checkbox"/> その他 ()	
与薬時間	<input type="checkbox"/> 食前 <input type="checkbox"/> 食後 <input type="checkbox"/> その他 ()		
外用薬使用方法			
その他			

※記入漏れがある場合は、与薬することが出来ませんので、ご注意ください。

※飲み薬は、1回分に小分けしたものを御持参ください。

※薬の袋や容器には、必ずクラス名と児童名を御記入ください。

【園記入欄】

薬の受取職員		薬の受取日	令和 年 月 日
与薬実施職員	与薬実施日	令和 年 月 日	
	与薬実施時間	<input type="checkbox"/> 食前 <input type="checkbox"/> 食後 <input type="checkbox"/> その他 ()	

----- キリトリ -----

【報告欄】

与薬実施日・時間： 令和 年 月 日 () 午前・午後 時 分

与薬対象児童名： _____

与薬実施職員名： _____