

与薬依頼書（保護者記入）

スクルドエンジェル保育園 池田駅前園 園長宛

医師の指示により、保育時間中における与薬が必要になりましたので、下記の通り与薬を依頼します。

令和 年 月 日

依頼者(保護者)氏名：

緊急連絡先(電話番号)：

対象氏名	しめい 氏名	生年月日	
		年 月 日	性別
病院名			
病名			
症状			
処方日	令和 年 月 日		
与薬依頼期間	令和 年 月 日	～	令和 年 月 日
薬の種類	細粒・シロップ・点眼・皮膚外用薬（軟膏）【ステロイド：有・無】 座薬・その他（ ）		
薬の数	全部で 種類		
保管方法	室温・冷蔵庫・その他（ ）		
与薬時間	食前・食間・食後・その他（ ）		
与薬方法			
注意事項			

※記入漏れがある場合、与薬することが出来ません。

※必ず薬剤情報提供書のコピーを添付してください。

※薬は1回ずつに分けて、当日分のみ持参してください。

※薬の袋や容器には、必ずクラス名と児童名をご記入ください。

管理表

預かり日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
受取者					
与薬者					
与薬時間					