

与薬依頼書

保育園長様

依頼日 令和 年 月 日

組 _____

児氏名 _____ 保護者名 _____ 印

下記のとおり、保護者に代わり、与薬をお願いいたします。

病名（症状）					
飲み方	種類	抗生物質	かぜ薬	鼻水の薬	ぜんそくの薬
		咳止め	下痢止め	吐き気止め	
		その他（ ）			
	水薬 1回	種類	飲み方	そのまま飲む	
粉薬 1回	種類	水に溶く			
錠剤 1回	種類	その他			
ぬり薬		かゆみどめ アトピー その他（ ）			
		ぬる部位（ ）			
目薬		結膜炎	目やに	両目 右 左	
その他					
与薬時間		昼食前・昼食後・			
かかった医療機関					
与薬期間		月 日 ~ 月 日			
医師からの注意事項					

必要項目をご記入の上、該当事項を○で囲み押印をお願いします。

薬は医師の処方によるもののみで、市販薬はお受けできません。

薬は、記名して1回分を袋またはビンに入れてください。