

与 薬 依 頼 書

年 月 日

クラス名

園児名

保護者名

印

下記の通り、保護者にかわり、与薬をお願い致します。

1. 与薬日	年 月 日
2. 与薬時間	食前 ・ 食間 ・ 食後 ・()時に・()回
3. 与薬方法	内服 ・ 塗布 ・ 点眼 ・ 点鼻 ・ 点耳 その他()
4. 与薬の種類	散薬()包 ・ その他() 水薬 ・ 軟膏 ・ 点眼薬 ・ 点鼻薬 ・ 点耳薬

・必要項目をご記入の上、該当項を○で囲み、保護者の押印をお願いします。

・薬は医師の処方によるもののみで、市販薬はお受けしません。

・薬は、1回分を薬袋または医師の指示ラベルの付いたビンに入れるものとし、該当しない袋や古いものはお受けしません。

・この依頼書は、与薬をする日に名前を書いた薬と一緒に担任に渡してください。

継続して与薬をする場合は与薬日の欄に～日までと記載してください。

----- 切り取り -----

与 薬 依 頼 書

年 月 日

クラス名

園児名

保護者名

印

下記の通り、保護者にかわり、与薬をお願い致します。

1. 与薬日	年 月 日
2. 与薬時間	食前 ・ 食間 ・ 食後 ・()時に・()回
3. 与薬方法	内服 ・ 塗布 ・ 点眼 ・ 点鼻 ・ 点耳 その他()
4. 与薬の種類	散薬()包 ・ その他() 水薬 ・ 軟膏 ・ 点眼薬 ・ 点鼻薬 ・ 点耳薬

・必要項目をご記入の上、該当項を○で囲み、保護者の押印をお願いします。

・薬は医師の処方によるもののみで、市販薬はお受けしません。

・薬は、1回分を薬袋または医師の指示ラベルの付いたビンに入れるものとし、該当しない袋や古いものはお受けしません。

・この依頼書は、与薬をする日に名前を書いた薬と一緒に担任に渡してください。

継続して与薬をする場合は与薬日の欄に～日までと記載してください。