

与薬依頼票

キッズフォレ 園長宛

主治医と相談の結果、医師の指示により保育園での保育時間における与薬が必要となり、保護者の責任において与薬の依頼をいたします。

薬剤受付保育士名 _____

該当する項目に○または、文章でご記入ください。

クラス名		園児名	
保護者氏名	(印)		
連絡先	TEL. (続柄)		
病名			
主治医			
薬品名			
薬の種類	粉 ・ シロップ ・ 外用薬 ・ その他 ()		
使用する日時	年 月 日 ~ 月 日 または (食前 ・ 食後 ・ 食間 (時頃)) その他 (具体的に)		
外用薬等の 使用法			
その他の 注意事項	保管場所 ()		
園 長 印	与薬者サイン	(/)	(:)
	与薬者サイン	(/)	(:)
	与薬者サイン	(/)	(:)