

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 | (/) | (:) |