

与薬依頼書(外用薬)

いたやど保育園 園長様

下記の与薬を依頼し、与薬の責任は保護者と致します。

※太線内を必ず記入して下さい。

依頼日		令和		年	月	日	曜日
園児名						組	
保護者名						印	
病名(病状)							
期間		日～ 日まで 但し、週末は全員もち帰ってください。					
与薬時刻		* 園での与薬時刻 昼食前 昼食後 おやつ前 おやつ後					
外 服 薬	効果	虫さされ・かゆみ止め・アトピー けいれん止め 結膜炎・目やに・(その他)					
	種類	ぬり薬 目薬 座薬 貼り薬 その他	方 法 及 び 場 所				
保管方法		常温		冷蔵庫			
薬の処方日		令和		年	月	日	(日分)
病院名・薬局名		病院	TEL		薬局	TEL	
保 育 園 記 載	受領者サイン		受領サイン		月	日	時 分
	投与者サイン		投与サイン		月	日	時 分
	実施状況						園長印

継続して5日以上は、担任までお知らせください

令和 年度