

与薬依頼書(外用薬)

いたやど小規模保育園 ことり 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			薬		
電話番号		院	TEL	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						管理者印

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