

与薬依頼書

年 月 日

保護者に代わり与薬をお願いいたします。

クラス名 _____ 組
 園児氏名 _____ 保護者氏名 _____ ㊞
 連絡先 _____

※確認事項※	医師から保育時間中に与薬が必要と指導された。	はい・いいえ
受診時に医師に確認してください	医師が、保育士が与薬してよいと判断している薬である。	はい・いいえ

↑「はい」に○がない場合は、園で与薬はできませんのでご了承ください↑

1. 病名:
2. 処方月日: _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 曜日
3. 医療機関名: (_____) 医院・診療所(クリニック)・病院・小児科・内科・皮膚科・外科・眼科・耳鼻科・他(_____)
4. 持参した薬: (1) 薬の名称: (2) 何の薬ですか?: (3) 薬の種類と数: 粉薬 (ケ)・錠剤 (ケ)・液体薬 (ケ)・その他 (_____ (ケ)) (やむを得ない場合のみ 塗り薬 (ケ)・目薬 (ケ)・座薬 (ケ)・その他 (_____ (ケ)) 合計 _____ 個 (4) 1回の与薬量: (5) 与薬時間: 食前・食後・食間・発作時・(_____) 時頃・その他 (_____) (6) 保管方法: 室温・その他 (_____) (7) その他注意事項:

※ 薬剤情報提供書の写し、又はお薬帳の写しを添付して提出してください。
 ※ 与薬依頼書は必ず保護者様が手渡しでクラス担任もしくは園職員へ手渡しして下さい。

(ホリトリ線)

幼稚園記入欄 与薬報告
 (クラス名 _____ 組 園児名 _____)

	薬の種類	与薬時刻	担任確認	確認
1		午前・午後 : _____		
2		午前・午後 : _____		
3		午前・午後 : _____		
〈備考欄〉				

(学) 渦尻学園 甲子園口幼稚園

与薬依頼書

年 月 日

保護者に代わり与薬をお願いいたします。

クラス名 _____ 組
 園児氏名 _____ 保護者氏名 _____ ㊞
 連絡先 _____

※確認事項※	医師から保育時間中に与薬が必要と指導された。	はい・いいえ
受診時に医師に確認してください	医師が、保育士が与薬してよいと判断している薬である。	はい・いいえ

↑「はい」に○がない場合は、園で与薬はできませんのでご了承ください↑

1. 病名:
2. 処方月日: _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 曜日
3. 医療機関名: (_____) 医院・診療所(クリニック)・病院・小児科・内科・皮膚科・外科・眼科・耳鼻科・他(_____)
4. 持参した薬: (8) 薬の名称: (9) 何の薬ですか?: (10) 薬の種類と数: 粉薬 (ケ)・錠剤 (ケ)・液体薬 (ケ)・その他 (_____ (ケ)) (やむを得ない場合のみ 塗り薬 (ケ)・目薬 (ケ)・座薬 (ケ)・その他 (_____ (ケ)) 合計 _____ 個 (11) 1回の与薬量: (12) 与薬時間: 食前・食後・食間・発作時・(_____) 時頃・その他 (_____) (13) 保管方法: 室温・その他 (_____) (14) その他注意事項:

※ 薬剤情報提供書の写し、又はお薬帳の写しを添付して提出してください。
 ※ 与薬依頼書は必ず保護者様が手渡しでクラス担任もしくは園職員へ手渡しして下さい。

(ホリトリ線)

幼稚園記入欄 与薬報告
 (クラス名 _____ 組 園児名 _____)

	薬の種類	与薬時刻	担任確認	確認
1		午前・午後 : _____		
2		午前・午後 : _____		
3		午前・午後 : _____		
〈備考欄〉				

(学) 渦尻学園 甲子園口幼稚園