与薬依頼票

認定こども園みくに学園 園長 殿

	組 園児氏名	
 医師の診察を受けたところ	、下記の通り服薬の指示がありましたので、	
保護者に代わり、園での与	薬をお願いいたします。	

保護者氏名				——————————————————————————————————————
・病院名	Tel	()	
• 病名(症状)[]
・薬の名称[]
・与薬期間(処方された月日)	月	日~	月	日

保護者氏名

薬の種類	用量・用法など									
内服薬	□粉()包	□錠剤(種	錠)	□水薬				
的放架	□食前 □食間	□食後	€ □頓服・タイ	イミング	[]				
※ n 夢	患部 []• 🗉	】数	回(上限	. 回)				
塗り薬	タイミング []				
点眼薬	いつ[] • [〕種(右	i目	回・左目	回)				
坐 剤	タイミング []				
その他										
備考	配慮が必要な点[]				

※飲み薬は、1回分ずつに分けて記名してください。

※お預かりできるのは今回の疾病で処方された薬のみとなります。市販薬はお預かりできません。

▼職員記入欄

▼和以只記入作												
月・日	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
受領者												
与薬者												

与薬依頼票

認定こども園みくに学園 園長 殿

弁	且	園児	氏名

医師の診察を受けたところ、下記の通り服薬の指示がありましたので、 保護者に代わり、園での与薬をお願いいたします。

保護者氏名

・病院名	Tel	()	
・病名 (症状) []
・薬の名称[]
・ 与薬期間 (加方された)	日日) 日	Н ~	, II	Ħ

薬の種類	用量・用法など										
中印革	□粉() 包	□錠剤(種	錠)	□水薬					
内服薬	□食前 □食間	□食後	□頓服・タ	イミング]					
冷りず	患部 []•[到数	回(上限	回)					
塗り薬	タイミング []					
点眼薬	いつ[] • [〕種(右	i目	回・左目	回)					
坐 剤	タイミング []					
その他											
備考	配慮が必要な点[]					

※飲み薬は、1回分ずつに分けて記名してください。

※お預かりできるのは今回の疾病で処方された薬のみとなります。市販薬はお預かりできません。

▼職員記入欄

月・日	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
受領者													
与薬者													