

与薬依頼書

聖いすみ認定こども園 園長殿

下記の通り与薬を依頼し、与薬の責任は保護者と致します。

依頼日： _____ 年 月 日 (曜日)

| | | | | |
|------|--|-----|-----|---|
| クラス | | 保護者 | 氏名 | Ⓔ |
| 園児氏名 | | | 連絡先 | |

| | |
|--------|------------------------------|
| 病名又は症状 | |
| 受診医療機関 | |
| 受診日 | _____年 月 日 |
| | 薬品名 ・ 容量 ・ 用法 |
| 処方箋の内容 | |
| 薬の保管方法 | |
| 与薬期間 | _____年 月 日 ~ _____年 月 日 |
| 与薬時間 | 食前 ・ 食間 ・ 食後 ・ その他 (_____) |
| 備考 | |

※市販薬の与薬、および上記に記載されていない処方箋の与薬はできません。

※与薬に関する責任は保護者にあり、園では責任を負いかねます。

※薬は必ず名前を書いて一回分のみをお持ちください。

【園使用欄】

| | | | | | |
|------|---|---|---|---|---|
| 与薬日時 | / | / | / | / | / |
| | : | : | : | : | : |
| 与薬者 | | | | | |
| 確認印 | | | | | |