

与薬依頼票

クラス	園児名	以下の通り園での与薬を依頼します。 令和 年 月 日 保護者氏名 _____ ④
処方した医療機関		
処方日	令和 年 月 日	
薬の種類	内服・点眼・軟膏・その他 ()	
薬剤名		
効能		
保管場所・方法	室温・冷蔵庫・その他 ()	
与薬時間・タイミング		
使用部位 (必要時記入)		
使用期間 (目安)	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日まで	

投与日							
与薬確認印							

投与日							
与薬確認印							※1

※1 与薬継続の場合、新しく与薬依頼票を提出して頂くよう保護者へお伝えする

薬剤情報提供書 (あり・なし)

初回預かり日	年 月 日	初回預かり者	
最終返却日	年 月 日	最終返却者	

2週間を超える与薬の場合、新たに与薬依頼票を提出して下さい。