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＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞
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

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。

※保護者の方へ→与薬終了後は必ず与薬依頼票と薬剤情報提供書を保育園に返却してください。