

与薬依頼書

中尾ガーデン保育園園長 様

次の園児については、医師と相談の結果、指示により、やむを得ず、保育園での保育時間中における与薬が必要になりました。

つきましては、保護者の責任において、保育園での園児に与薬を下記により行っていただきたく依頼いたします。

依頼日：令和 年 月 日 保護者名 _____

組 園児名 (H・R 年 月 日生)

医療機関名	
電話番号	092 - -
病名	
処方期間	令和 年 月 日 ~ 日間分
薬の種類(該当に○、個数記入)	粉薬() シロップ() 塗り薬() 点眼薬() (右目・左目)
服用時間	食後 ・その他()

【注意事項】

- 薬を入れた容器や袋には、必ず園児名・日付を記載をお願いします。
内服薬の複数の場合はそれぞれ① ②と記載をお願いします。
- 市販の薬は与薬できません。
- 1日1回分を職員に必ず手渡しをお願いします。

与薬日	/	/	/	/	/	/	/
受取サイン							
与薬時間							
与薬者サイン							

与薬依頼書

中尾ガーデン保育園園長 様

次の園児については、医師と相談の結果、指示により、やむを得ず、保育園での保育時間中における与薬が必要になりました。

つきましては、保護者の責任において、保育園での園児に与薬を下記により行っていただきたく依頼いたします。

依頼日：令和 年 月 日 保護者名 _____

組 園児名 (H・R 年 月 日生)

医療機関名	
電話番号	092 - -
病名	
処方期間	令和 年 月 日 ~ 日間分
薬の種類(該当に○、個数記入)	粉薬() シロップ() 塗り薬() 点眼薬() (右目・左目)
服用時間	食後 ・その他()

【注意事項】

- 薬を入れた容器や袋には、必ず園児名・日付を記載をお願いします。
内服薬の複数の場合はそれぞれ① ②と記載をお願いします。
- 市販の薬は与薬できません。
- 1日1回分を職員に必ず手渡しをお願いします。

与薬日	/	/	/	/	/	/	/
受取サイン							
与薬時間							
与薬者サイン							

