

# 与薬依頼票

依頼日 20 年 月 日

依頼者(保護者) 氏名 \_\_\_\_\_ は、下記の通り与薬を依頼します。

連絡先電話番号 ( \_\_\_\_\_ ) (必ず連絡がとれる電話番号)

園児名			園/学校名					
受診医療機関	病院名：		診療科：	医師名：				
処方日	20 年 月 日		～	20 年 月 日		まで		
病名(症状)								
園での与薬期間	20 年 月 日		～	20 年 月 日		までの( )日間		
薬の種類	<p>*該当するものに○をつけて下さい。薬が複数ある場合は個数を記入して下さい。</p> <p>・粉 ( 袋 ) ・塗り薬 ( 種類 )</p> <p>・液体 ( 本 ) ・目薬 ( 本 )</p> <p>・その他 ( )</p>							
薬の保管方法	<p>常温 ・ 冷蔵庫 ・ その他 ( )</p>							
与薬時間	<p>*該当するものに○をつけて下さい。指定時間などがあればその他の欄に記入して下さい。</p> <p>1) 昼食前 2) 昼食後 3) その他 ( )</p>							
使用方法	<p>*外用薬・目薬(右・左・両目)などの使用方法・部位・回数など、 その他の薬についても注意事項がありましたら記入して下さい。</p>							
月/日	/	/	/	/	/	/	/	/
与薬者サイン								
実施確認者サイン								

## 【注意事項】

- \*薬は必ず1回分のみご持参ください。
- \*容器・薬袋には必ず与薬が必要な園児の氏名をすべてご記入ください。
- \*誤飲を避けるため、必ず与薬依頼票とお薬を一緒に提出してください。

# 与薬依頼票

依頼日 20 年 月 日

依頼者(保護者) 氏名 \_\_\_\_\_ は、下記の通り与薬を依頼します。

連絡先電話番号 ( \_\_\_\_\_ ) (必ず連絡がとれる電話番号)

園児名			園/学校名					
受診医療機関	病院名：		診療科：	医師名：				
処方日	20 年 月 日		～	20 年 月 日		まで		
病名(症状)								
園での与薬期間	20 年 月 日		～	20 年 月 日		までの( )日間		
薬の種類	<p>*該当するものに○をつけて下さい。薬が複数ある場合は個数を記入して下さい。</p> <p>・粉 ( 袋 ) ・塗り薬 ( 種類 )</p> <p>・液体 ( 本 ) ・目薬 ( 本 )</p> <p>・その他 ( )</p>							
薬の保管方法	<p>常温 ・ 冷蔵庫 ・ その他 ( )</p>							
与薬時間	<p>*該当するものに○をつけて下さい。指定時間などがあればその他の欄に記入して下さい。</p> <p>1) 昼食前 2) 昼食後 3) その他 ( )</p>							
使用方法	<p>*外用薬・目薬(右・左・両目)などの使用方法・部位・回数など、 その他の薬についても注意事項がありましたら記入して下さい。</p>							
月/日	/	/	/	/	/	/	/	/
与薬者サイン								
実施確認者サイン								

## 【注意事項】

- \*薬は必ず1回分のみご持参ください。
- \*容器・薬袋には必ず与薬が必要な園児の氏名をすべてご記入ください。
- \*誤飲を避けるため、必ず与薬依頼票とお薬を一緒に提出してください。