

# 与薬依頼書

与薬依頼日		年 月 日		
園児名			クラス	年齢
保護者名	印	連絡先	TEL ( ) 連絡先名称 ( )	
病名			医療機関名	担当医師名
薬の種類	<input type="checkbox"/> 風邪 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 胃腸 <input type="checkbox"/> 目薬 <input type="checkbox"/> 耳鼻 <input type="checkbox"/> アレルギー <input type="checkbox"/> 皮膚外用薬 <input type="checkbox"/> その他 ( )			
持参した薬は( 年 月 日)に処方された( 日分)のうちの1回分です。 服用期間 月 日( ) ~ 月 日( )まで				
薬品名 (記入例: ビオカリ、70パック等袋に記載されているお薬名をお書き下さい)				
外用薬などの使用法・注意事項 (記入例: 「手洗い後」「1日2回まで」等)				
服用時間		<input type="checkbox"/> 食前 <input type="checkbox"/> 食後 <input type="checkbox"/> 食間 <input type="checkbox"/> 午睡後		
◎医師が処方した薬のみ服用させます。 ◎市販の薬はお預りできません。 ◎薬は1回分ずつ持参して下さい。 ◎お預りする薬は、今回の症状で処方されたものに限りませす。 ◎薬剤情報提供書が添付されていない場合、与薬をお受けできません。				
<b>薬剤情報提供書添付欄</b> (「お薬の説明書」等のコピーを添付して下さい)				
ガイドブック「与薬依頼書について」の内容に同意し、認定こども園 清教学園幼稚園に 与薬を依頼します。				
保護者氏名				印
園記入欄	( 年 月 日) 薬を与薬しました。 印			