与薬依頼・確認書

組	園児名					
保護者名						
与薬日時	／	／	／	／	／	／
	月	火	水	木	金	土
	・食前　・食後　・その他（					
病院名	（担当医師名） ☎					
病名（症状）						
受診日	月　　日					
内容	・抗生物質　・咳止め　・下痢止め ・外用薬（　　） ・その他（　　）					
種類 （数を記入）	・粉薬（　）　・水薬（　） ・錠剤（　）　・軟膏類（　） ・点眼薬（右・左・両方）（　）					
保管の仕方	・室温　・冷蔵庫　・その他					
外用薬等の 使用方法や その他の特記						

※医師より処方された薬のみ持参して下さい。
※必ず薬は1回分を持参し、名前を書いて下さい。
※受け入れの職員に必ず手渡しし一緒に確認して下さい。
※お子さんの状態によっては指示されたとおりに飲ませられない時もあります。
※軟膏塗布する場合、使い捨て手袋をご持参下さい。
（毎回、新しいものを使用します。）

日　付	／	／	／	／	／	／
曜　日	月	火	水	木	金	土
受領者 サイン						
与薬時間						
与薬者 サイン						