

与薬依頼書

坪井幼稚園 殿

医師の指示により、やむを得ず保育時間中における与薬が必要となり、保護者の責任において、幼稚園での園児に対する与薬を行っていただきたく、依頼いたします。

依頼日 令和 年 月 日

組 園児名 保護者名

医療機関名 (担当医師名)	(Tel)	
病名		
薬の種別	与薬方法 (用途・容量等)	処方日
内服薬	時間 食前・食後・その他 ()	月 日
塗り薬	回数 回 (時間) 患部 ()	月 日
点眼薬	回数 回 (時間) 患部 (右目 ・ 左目)	月 日
		月 日

注) ※医師より処方された薬のみとなります。

※記入漏れがある場合は、与薬できませんので、ご了承下さい。

※内服薬については、1回分 (水薬の場合は、別容器に小分けして) を持参して下さい。

※職員に手渡し、一緒に確認して下さい。

※依頼書は、内服の都度1枚必要です。外用薬は、1度で最長1週間、預かります。

以下幼稚園記載欄

使用日	/	/	/	/	/
受領サイン					
与薬サイン					