

# 与薬依頼書

日本国際学園大学坪井幼稚園 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 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(用法・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、ご了承ください。

※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)を持参してください。

※職員に手渡し、一緒に確認してください。

※依頼書は、内服の都度1枚必要です。外用薬は、1枚で最長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					