

社会福祉法人親和福祉の会

親和保育園 園長

与薬依頼票

年 月 日

(依頼者) 保護者氏名 () 緊急連絡先: _____	
子ども氏名 () 男・女 _____ 歳 _____ ヶ月	
(主治医) 氏名 () _____	
病院名 () 電話番号: _____	
【病名 (又は症状)】	
①持参した薬の処方日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 から _____ 1日 _____ 回 _____ 日分	
②保管方法 (該当するものに○) ・室温 ・冷蔵庫 ・その他 ()	
③薬の内容および剤型 (該当するものに○) 内容【 抗生剤 ・ 解熱剤 ・ 咳止め ・ 下痢止め ・ その他 () 】【 剤型【 粉 ・ シロップ ・ 外用薬 ・ 坐薬 ・ その他 () 】【	
④園での与薬時間および期間 (該当するものに○) 食前 ・ 食後 ・ おやつ前 ・ おやつ後 ・ その他 () ※与薬期間 _____ 年 _____ 月 _____ 日から _____ 月 _____ 日まで	
⑤内服薬、外用薬、坐薬の使用法	
⑥その他の注意事項	
〈保育園記載〉 受領者サイン: _____	与薬者サイン: _____