

担任印	看護師印	園長印

薬の与薬依頼票

令和 年 月 日

園 長 殿

新居浜上部のぞみ保育園

氏 名 (組)

保護者名 印

※5日間までの服用を要する時のみとします。(医師より診断された時)

※内服内容と薬の種類が継続して同じ物と限ります。

下記のとおり、薬の与薬を依頼し、その責任は、保護者とします。

なお、医療機関で登園してもよいと診断されています。

この薬を処方した 医療機関名		
病 名		
薬の処方日	令和 年 月 日	
薬の与薬期間 (最長 5 日間)	令和 年 月 日～ 月 日まで	
薬の剤型	水薬、 粉薬(包)、 外用薬 錠剤(粒)、その他()	
保管方法	常温 冷所 その他()	
飲ませ方や使用の注意	食前・食後 その他(時頃)	
月・日	受付者サイン	与薬者サイン

薬の与薬依頼票

令和 年 月 日

園長殿

新居浜上部のぞみ保育園

氏 名 (組)

保護者名 _____ 印 _____

※5日間までの服用を要する時のみとします。(医師より診断された時)

※内服内容と薬の種類が継続して同じ物と限ります。

※服用期間は、最長2週間とします。

下記のとおり、薬の与薬を依頼し、その責任は、保護者とします。

なお、医療機関で登園してもよいと診断されています。

この薬を処方した 医療機関名	
病 名	
薬の処方日	令和 年 月 日
薬の与薬期間 (最長2週間)	令和 年 月 日～ 月 日まで
薬 の 剤 型	水薬、 粉薬 (包)、外用薬 錠剤 (粒)、その他 ()
保 管 方 法	常温 冷所 その他 ()
飲ませ方や使用の注意	食前・食後 その他 (時頃)

担任印	看護師印	園長印

[illegible]