

- \* 確実にお薬が内服できるよう、1回分の薬と「お薬の説明書」を添付し、与薬の必要な全ての日付を必ず記入して担任に提出してください。
- \* 食事や午睡時間の為、服用時間が異なる場合があります。

No. \_\_\_\_\_

与薬依頼書

白水保育園

令和 年 月 日

受取者 \_\_\_\_\_

組名	園児名
組	
病名	
薬の内容	抗生物質・鼻汁止め・咳止め・下痢止め・外用薬(塗り薬) 点眼1回( )滴(右・左)・他( )
与薬時間	給食前・給食後・他( )
飲薬時間	* 朝、薬を飲ませた時間 ( 時 分 )
医院 ・ 病院名	電話 ( ) -
処方期間	月 日 ~ 月 日 日分

上記の子どもに、薬を飲ませてください。  
なお、この薬の与薬は依頼者の責任とします。

日付	時間	印又はサイン	日付	時間	印又はサイン

依頼者氏名

印

園児との間柄( )

園児名 \_\_\_\_\_ さんの薬は

日付	時間	印又はサイン	日付	時間	印又はサイン

投薬者が責任を持って飲ませました。

令和 年 月 日

白水保育園