

与薬依頼書

平成 年 月 日

医師の診察を受けたところ、下記のとおり指示がありましたのでお願いします。

※必要な事項を○で囲んで下さい。

児 童 名		保 護 者 名	
病 院 名			
薬の用途	・風邪薬・抗生剤・下痢止め・咳止め・喘息 ・その他 ()		
薬の種類 (個)	・粉薬 ()・シロップ ()・軟膏 ()・点眼 ()		
使用日時	平成 年 月 日～平成 年 月 日		
	・昼食前 ・昼食後 ・15時おやつ前・15時おやつ後		
その他 注意事項			
	受領者サイン	与薬時間	与薬保育士
月 日			
月 日			
月 日			
月 日			
月 日			
月 日			

※容器や袋には必ず氏名を記入し、1回、服用する分量を直接、職員へ渡して下さい。

※解熱剤 (坐薬)、市販の薬はお預かりできません。

与薬依頼書

平成 年 月 日

医師の診察を受けたところ、下記のとおり指示がありましたのでお願いします。

※必要な事項を○で囲んで下さい。

児 童 名		保 護 者 名	
病 院 名			
薬の用途	・風邪薬・抗生剤・下痢止め・咳止め・喘息 ・その他 ()		
薬の種類 (個)	・粉薬 ()・シロップ ()・軟膏 ()・点眼 ()		
使用日時	平成 年 月 日～平成 年 月 日		
	・昼食前 ・昼食後 ・15時おやつ前・15時おやつ後		
その他 注意事項			
	受領者サイン	与薬時間	与薬保育士
月 日			
月 日			
月 日			
月 日			
月 日			
月 日			

※容器や袋には必ず氏名を記入し、1回、服用する分量を直接、職員へ渡して下さい。

※解熱剤 (坐薬)、市販の薬はお預かりできません。