

与薬依頼票

令和 年 月 日

保護者記載

※必ず太枠内を記入してください

依頼先	園名：認定こども園ふじキンダー学園	組
依頼者	保護者氏名： 子ども氏名：	連絡先・電話
病院名	病院(科) 医院 ※お薬の説明を必ず添付して下さい。	電話 ※病院の電話番号を忘れず記入して下さい。
病名(又は症状)		

(該当するものに○、または明記)

(1)持参したくすりは、令和 年 月 日に処方された 日分のうちの本日分です。

(2)保管方法 室温 ・ 冷蔵庫

(3)くすりの内容 かぜ薬・抗生物質・咳止め・外用薬()
抗アレルギー薬

(4)くすりの種類 ◎必ず1回分に分けて用意してください◎

粉()包 液(シロップ)【 】種類 【 】cc 錠剤()錠

外用薬(塗り薬・目薬)【 】種類 その他()

(5)与薬時間 食前 ・ 食後 その他()

(6)外用薬などの使用方法()

(7)その他の注意事項()

こども園記載

受領者：

実施状況	<input type="checkbox"/> 与薬あり 症状() ※症状の欄には、緊急時の抗アレルギー薬を与薬した時のみ記載 与薬者() 与薬時間 午前 ・ 午後 時 分
	<input type="checkbox"/> 与薬なし：早退のため ・ その他()