

与薬依頼書

ドリームキッズ花南保育園 施設長殿

保護者に代わり保育園での与薬をお願いします。

年 月 日

児童氏名 (年 月 日生)

保護者氏名 印

(主治医記載用)

薬剤情報書

上記児童の薬剤情報は、以下のとおりです。

病名			
薬名			
種類と量	散剤 1回()包 水薬 1回()目盛 錠剤 1回()錠 座薬 1回(本、 mg)	その種類: 他の1回量:	
与薬時間	昼食前・昼食後・その他の時間()		
指示期間	年 月 日 ~ 年 月 日まで(最長6ヶ月)		
外用薬の 使用方法	(部位)		
 (使用方法・量)		
年 月 日			
医療機関名	電話		
医師名	印		

備考欄(園記入)

※与薬依頼書の内容が一部分でも変更がある場合は3ヵ月以内であっても再提出をお願い致します。
(例：同じ病名だが薬の内容が一部変更になった。違う医療機関を受診した。等)