

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。

西暦 年 月 日

児童氏名 (西暦 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: その他 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(※薬の飲ませ方や、ジェネリック医薬品についてなどを記入)

※ジェネリック医薬品について

「どの薬が」「何に変更になっているのか」、保護者さまが備考欄にご記入の上、ご捺印をお願いいたします。
ご不明の場合は、処方された薬局へお問い合わせの上、園にお知らせください。

※与薬依頼書の内容が一部分でも変更がある場合は6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)