

与薬依頼書

内容や量が変更されたときは再度提出願います！

クラス：() 平成 年 月 日

依頼先 菊池みゆきこども園 園長 福田俊彦 殿

依頼者 園児氏名 _____

保護者氏名 _____ 印

受診機関名 _____

クリニック 医院 病院

病名(症状)

与薬期間 (1回の依頼につき月～金まで。土曜日開始で継続するときは、翌月曜日に再度提出願います)

1. 平成 年 月 日のみ

2. 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 まで

内服薬(与薬方法・1回分の量)

粉 _____ 包 水薬 _____ c c (シロップ薬)

与薬する時間 (食前 ・ 食後)

外用薬(飲ませない薬)処置方法 *座薬はその他に記入 *その他、方法・注意点は _____ に記入

与薬に点眼薬「右眼・左眼・両眼」(_____ 本) 軟膏 (_____ 個) その他(_____)

薬の保管 (該当するものに)

常温 冷蔵庫 その他 (_____)

薬剤内容

薬剤提供書 (有 ・ 無)

* 薬剤説明書がない場合

主治医から説明された薬剤内容か、薬品名がわかれば記入してください

(例) 咳止め 風邪薬 下痢止め など…

(_____)

外用薬などの使用方法

その他の注意事項

園長	担当者