

与薬依頼票(1ヶ月用)

米田西保育園

組 園児名 \_\_\_\_\_

医師の指示通りに与薬するため、保護者の代わりに与薬をお願いします。

**薬の園児への安全性や使用期限は確認済みです。**

記入日 年 月 日 保護者サイン \_\_\_\_\_

病名				
薬	説明書を添付します。(添付しない場合は以下に記入を。)			
処方した病院		医師名		
薬品名		1回量	1包・( )	
与薬時間		部位など	左・右・( )	
内容	抗生物質・アレルギー・( )			
種類	粉薬・水薬・軟膏・目薬・( )	保管	冷蔵庫・室温・( )	

- 内服薬は1回分かわかるようにして、園児名を記入し、依頼票と共に、与薬日に、その都度、保育者に手渡ししてください。

( )月

(保育園確認欄)

日	受領者	与薬者	日	受領者	与薬者	日	受領者	与薬者
1			12			23		
2			13			24		
3			14			25		
4			15			26		
5			16			27		
6			17			28		
7			18			29		
8			19			30		
9			20			31		
10			21					
11			22					