

与薬依頼書

医師により下記のとおり指示・処方を受けましたので、与薬について下記のとおり連絡します。

西山保育園 宛て

年 月 日

保護者氏名 _____ (印)

園児氏名 _____ (組)

病名・症状					
主治医	(_____ 病院) TEL : _____ (_____)				
* 処方期間を過ぎた薬は、保育園では受け取りません。					
病院の処方日	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日から 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日まで (_____)分処方	保育園での与薬日数	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日から 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日まで (_____)日依頼します		
薬の内容	抗生剤 ・ 整腸剤 ・ 風邪薬 その他(_____) ・ 外用薬(塗薬・点眼)				
薬の種類	粉薬(_____)種類 ・ 水薬(_____)種類 錠剤(_____)種類 ・ 外用薬(_____) ・ その他(_____)				
服用時間	食前 食後 食間 時間指定(_____ : _____)				
外用薬などの使用方法					
その他の使用方法					
薬剤情報提供書	薬剤情報提供書の原本を保育園に提供いただけますか？(○で囲んでください) 提供する ・ 提供できない				

*** 保育園記入欄**

受付日	/	/	/	/	/
受領サイン					
与薬時間	:	:	:	:	:
与薬者印					
職員確認印					

*** この依頼書と薬剤提供書は、与薬終了後に保育園保管します。**