

《 与 薬 依 頼 表 》

組 園児名

保護者に代わり、与薬をお願いします。【保護者署名

※必ずすべての項目にご記入ください※

薬を飲ませる日	20 年 月 日 ()
病名(または症状)	
処方された病院・医院名	TEL
薬を処方された日	20 年 月 日 ()
薬の種類(個数を記入)	水薬()・粉薬()・軟膏()・ 目薬()・その他【 ()】
内 容	抗生物質 ・ 咳止め ・ 下痢止め ・ 風邪薬 ・ その他()
薬を飲む(使用する)時間 帯	食前 ・ 食後 ・ その他()
外用薬の使用期間	20 年 月 日～ 20 年 月 日

※①内服する薬は1回分に分けて持参して下さい。

※②薬の袋又はボトルに日付と名前を記入し、与薬依頼票とともに
透明のビニール袋に入れ、保育者に直接手渡ししてください。

【①・②すべて揃っていない場合は与薬できませんのでご了承下さい】

【保育士記入欄】

受領者		与薬者	
与薬時間		備 考	

社会福祉法人江育会 なぎさ保育園

《 与 薬 依 頼 表 》

組 園児名

保護者に代わり、与薬をお願いします。【保護者署名

※必ずすべての項目にご記入ください※

薬を飲ませる日	20 年 月 日 ()
病名(または症状)	
処方された病院・医院名	TEL
薬を処方された日	20 年 月 日 ()
薬の種類(個数を記入)	水薬()・粉薬()・軟膏()・ 目薬()・その他【 ()】
内 容	抗生物質 ・ 咳止め ・ 下痢止め ・ 風邪薬 ・ その他()
薬を飲む(使用する)時間 帯	食前 ・ 食後 ・ その他()
外用薬の使用期間	20 年 月 日～ 20 年 月 日

※①内服する薬は1回分に分けて持参して下さい。

※②薬の袋又はボトルに日付と名前を記入し、与薬依頼票とともに
透明のビニール袋に入れ、保育者に直接手渡ししてください。

【①・②すべて揃っていない場合は与薬できませんのでご了承下さい】

【保育士記入欄】

受領者		与薬者	
与薬時間		備 考	

社会福祉法人江育会 なぎさ保育園