

与薬依頼書

すばる保育園 宛

保護者に代わり、与薬をお願いします。

保護者名

印

太枠内をご記入ください。

月 日 ()	組	名前
---------	---	----

医療機関	所在地 名称		Tel
病名		受診日	月 日 ()
		処方期間	月 日～ 月 日(日間)
薬の種類	粉薬・水薬・外用薬 その他 ()	時間	食前・食後・その他 ()
薬の名称		保管方法	常温・冷蔵・その他 ()
数	包	薬剤情報 有 ・ 後日 (コピーさせていただきます)	

- ※ 医師より処方された期間内のみ受け付けます。 外用薬（塗り薬等）も同様です。
- ※ 外用薬（塗り薬等）も“一回分”のみを、小さな容器に入れて持参ください。
- ※ 保護者の要望通りの与薬により、結果的に身体・健康に弊害が生じた場合でも、保育園としては一切責任を負えません。
- ※ 与薬依頼の都度に、この「与薬依頼書」をご提出ください。（毎回ご提出ください）
- ※ その他「入園のしおり」の「与薬について」の項をよくご確認ください。

保育園 記入欄

受託者氏名	
受託時間	:
与薬者氏名	
与薬時間	:

施設長	与薬者