

与薬依頼票

※太線枠内は保護者が必ず自筆でご記入ください

お子さんの氏名 _____ 組	保護者名 _____			
●医師機関名 _____ (TEL _____)		●医師名 _____ 先生		
※緊急時に連絡が取れるように必ず記入してください				
●病名または症状 _____				
●与薬を依頼する「くすり」の種類と数				
月 日() 粉薬 【 種】 シロップ 【 種】 (室温保管・冷蔵保管) 外用剤 【 種】	➡	月 日() 粉薬 【 種】 シロップ 【 種】 (室温保管・冷蔵保管) 外用剤 【 種】	➡	月 日() 粉薬 【 種】 シロップ 【 種】 (室温保管・冷蔵保管) 外用剤 【 種】
●外用剤の使用法 _____				
●その他の注意事項 _____				

※処方内容に変更がなければ、与薬依頼票の有効期限は原則として処方日から7日以内です。
 ※処方内容に変更があれば、新規の与薬依頼票をご提出ください。

与薬記録書

(保育園記載)

●預かり日	受領職員サイン	数	●投与時間	投与職員サイン	数
月 日			時 分		
月 日			時 分		
月 日			時 分		
月 日			時 分		
月 日			時 分		
月 日			時 分		
月 日			時 分		