

## 与薬依頼書 1

申込者 住 所  
氏 名  
対象児童との続柄

次のとおり、千里山くじら保育園での与薬の実施を依頼します。なお、実施に当たって付される条件等について遵守します。

対象児童	ふりがな 氏 名		年 月 日生( 歳)	
			性別	男 ・ 女
病院(医院)名	病院(医院)			
病名・症状				
処方年月日	年 月 日			
薬の種類	<input type="checkbox"/> 細粒 <input type="checkbox"/> 坐薬	<input type="checkbox"/> シロップ <input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> 軟膏剤(ステロイド 有・無)	
与薬時間	<input type="checkbox"/> 食前 <input type="checkbox"/> 食後 <input type="checkbox"/> その他( )			
外用薬使用方法				
その他				

※記入漏れがある場合は、与薬することが出来ませんので、ご注意ください。

※飲み薬は、1回分に小分けしたものを御持参ください。

※薬の袋や容器には、必ずクラス名と児童名を御記入ください。

## 【園記入欄】

薬の受取職員		薬の受取日	年 月 日
与薬実施職員		与薬実施日	年 月 日
		与薬実施時間	<input type="checkbox"/> 食前 <input type="checkbox"/> 食後 <input type="checkbox"/> その他( )

キリトリ

## 【報告欄】

与薬実施日・時間： 年 月 日( ) 午前・午後 時 分

与薬対象児童名： \_\_\_\_\_

与薬実施職員名： \_\_\_\_\_ 10