年　　月　　日

園長　宛

与　薬　依　頼　書　2

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（　　歳）	
			性別	男　・　女
病院(医院)名	病院・医院・クリニック			
病名・症状				
処方年月日	年　　月　　日			
薬の種類	□細粒　□シロップ　□座薬　□目薬 □軟膏剤（ステロイド　有・無）　□その他（　　）			
与薬時間	□食前　□食後　□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。

【園保管欄】

日付	／	／	／	／	／	／
保護者サイン						
薬の受取職員						
与薬実施職員 （2 人）	／	／	／	／	／	／

【園からの報告欄】

日付	／	／	／	／	／	／
保護者サイン						
薬の受取職員						
与薬実施職員 （2 人）	／	／	／	／	／	／