与　薬　依　頼　書

なないろ保育園　宛　　依頼日　　年　　月　　日

医師の指示により、やむを得ず保育時間中における与薬が必要なため、
保護者の責任において、園児に対する与薬を依頼いたします。

＿＿＿＿組

園児名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　保護者名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

医療機関名 （担当医師名）	（TEL　　）	
病名		
薬の種別	**与薬方法**	**処方された日**
内服薬①	時間　食(前・間・後)　分 方法　そのまま・水で溶く・その他（　　）	月　日
内服薬②	時間　食(前・間・後)　分 方法　そのまま・水で溶く・その他（　　）	月　日
塗り薬	回数　回（時間　：　） 患部　（　　）	月　日
点眼薬	回数　回（時間　：　） 患部　（　左目　・　右目　）	月　日
備考		

注意事項：薬の容器や袋には必ず園児名を記載するとともに、内服薬などが複数の場合には、それぞれ①、②と記載してください。

処理欄	受付者	与薬者	与薬時間
			：

与　薬　依　頼　書

なないろ保育園　宛　　依頼日　　年　　月　　日

医師の指示により、やむを得ず保育時間中における与薬が必要なため、
保護者の責任において、園児に対する与薬を依頼いたします。

＿＿＿＿組

園児名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　保護者名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

医療機関名 （担当医師名）	（TEL　　）	
病名		
薬の種別	**与薬方法**	**処方された日**
内服薬①	時間　食(前・間・後)　分 方法　そのまま・水で溶く・その他（　　）	月　日
内服薬②	時間　食(前・間・後)　分 方法　そのまま・水で溶く・その他（　　）	月　日
塗り薬	回数　回（時間　：　） 患部　（　　）	月　日
点眼薬	回数　回（時間　：　） 患部　（　左目　・　右目　）	月　日
備考		

注意事項：薬の容器や袋には必ず園児名を記載するとともに、内服薬などが複数の場合には、それぞれ①、②と記載してください。

処理欄	受付者	与薬者	与薬時間
			：