

# 与薬依頼書

医師により下記のとおり指示・処方を受けましたので、与薬について下記のとおり連絡します。

西山保育園 宛て

令和 年 月 日

保護者氏名 \_\_\_\_\_ (印)

園児氏名 \_\_\_\_\_ (組)

病名・症状	
主治医	( _____ 病院) TEL : _____ ( _____ )
薬剤処方日	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 ( _____ )日分処方
与薬依頼日数	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日( _____ )日分依頼します。 薬剤処方日の過ぎた薬は、受け取ることはできません。
薬の内容	抗生剤 ・ 整腸剤 ・ 風邪薬 その他( _____ ) ・ 外用薬(塗薬) *点眼薬・点耳薬など時間をおいてつけるものは、お預かりできません。
薬の種類	粉薬( _____ )種類 ・水薬( _____ )種類 錠剤( _____ )種類 ・外用薬( _____ ) ・その他( _____ )
服用時間	食前 食後 食間 時間指定( _____ : _____ )
外用薬などの使用方法	
その他の使用方法	
薬剤情報提供書	薬剤情報提供書の原本を保育園に提供いただけますか？(○で囲んでください) 提供する ・ 提供できない

## \* 保育園記入欄

受付日	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
受領サイン										
与薬時間	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:
与薬者印										
職員確認印										

\*この依頼書と薬剤提供書は、与薬終了後に保育園保管します。