

与薬依頼票

令和 年 月 日

組	氏名：	連絡先：		
医療機関 担当医	病院：	TEL：		
	主治医：			
病名又は 症状	発熱・咳・鼻水・下痢・嘔吐・発疹 喘息・その他（ ）			
内服薬	薬の種類に○をつけ、（ ）に数を記入して下さい			
	抗生物質	粉末（ ）包・シロップ（ ）目盛り）	錠剤（ ）錠	
	咳止め	粉末（ ）包・シロップ（ ）目盛り）	錠剤（ ）錠	
	鼻水止め	粉末（ ）包・シロップ（ ）目盛り）	錠剤（ ）錠	
	整腸剤	粉末（ ）包・シロップ（ ）目盛り）	錠剤（ ）錠	
	下痢止め	粉末（ ）包・シロップ（ ）目盛り）	錠剤（ ）錠	
	喘息	粉末（ ）包・シロップ（ ）目盛り）	錠剤（ ）錠	
		（ ）粉末（ ）包・シロップ（ ）目盛り）	錠剤（ ）錠	
	投薬時間 食前・食間・食後			
点眼薬	患部（左目・右目）	点眼時間（ ）		
点耳薬	患部（左耳・右耳）	点耳時間（ ）		
塗り薬	患部（ ）	回数（ ）		
投薬日	（ / ）	（ / ）	（ / ）	（ / ）
保護者サイン				
保育者サイン				

与薬 終了（ / ）

注意：投薬日・保護者サインは毎日記入して下さい。

薬は必ず1回分ずつ持たせて下さい。

薬の容器、包みには必ず名前を記入して下さい。

薬は必ず登園バッグから出し、保育者へ手渡しをお願いします。

朝の内服時間の記入もお願いします。

備考：