

与 薬 依 頼 書

すみれ保育園園長殿

令和 年 月 日

医師の診察を受けたところ、下記の通り指示がありましたので本日
保護者の代わりに保育園に与薬を依頼します。

児童名（組）			
病院名		病名	
主治医	医師	備考	

連絡事項

服用期間	月 日()～月 日()まで					
薬の内容	かぜ薬 咳止め 中耳炎 整腸剤 抗生剤 その他()					
薬の剤型	粉薬 シロップ 外用薬 その他()					
与薬時間	食前(原則お断りしています) 食後 その他()					
外用薬の使用方法						
その他の注意事項(特記事項)						
確認日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
受領確認(担任名)						
与薬者氏名						

注意事項

※与薬はなるべく家庭で行い、どうしても与薬のできない場合のみ受付します。

(自宅にいる間に服用できるよう主治医と相談して下さい。

※薬はカバンから出して担任保育士に直接手渡しして下さい。

※薬の袋、容器には必ず名前を書いてください。

※この用紙は与薬期間(最高6日間) 使用します。

保護者の皆さんにお手数おかけしていますが、ご協力よろしくお願ひします。