

与 薬 依 頼 書

小平なみき保育園園長殿

保護者に代わり、保育園での与薬をお願いします。

令和 年 月 日

園児名 _____ (令和 年 月 日生)

保護者名 _____ (印)

(保護者記載)

薬 剤 情 報 書

病名	熱性けいれん その他のけいれん性疾患（病名：） 気管支喘息 アレルギー性疾患（病名：） その他の疾患（病名：）
主治医 連絡先	医療機関名： 連絡先（電話）： 医師名：
薬名	
種類・量	散剤 1回（　）包 水薬 1回（　）目盛・ml 点眼薬 右・左・両 坐薬 1回（　）本・mg ※ダイアップ（　）℃以上で（　）錠 握入
与薬時間	午前・午後（　）時・時) 食前・食後 その他（　）
保管方法	室温・冷蔵庫・その他（　）
指示期間	年 月 日 ~ 年 月 日
その他 注意事項	

使用日	/	/	/	/	/	/	/
受領サイン							
保管サイン							
与薬サイン							