

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

(保護者記載)

薬剤情報書

病名	熱性けいれん 気管支喘息 その他の疾患 (病名 :)	その他のけいれん性疾患 (病名 :) アレルギー性疾患 (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 点眼薬 右・左・両 ※ダイアアップ () °C以上で () 錠 挿入	水薬 1回 (目盛・ ml) 坐薬 1回 (本・ mg)
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		

※受診医療機関・処方日・処方内容が確認できる『薬剤情報提供書(おくすりの説明書)』または『おくすり手帳』を薬と一緒にご提出ください。薬は、ジッパー付きの袋(ジップロック等)に入れてお持ちください。

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