

()おひさまの森()園
与薬指示・依頼書

提出日： 年 月 日
受け取り職員：

※太枠内は必ず依頼者が自筆してください

服用園児名		依頼者・保護者名		続柄	
病名及び症状					
受診した医療機関名		処方年月日	年 月 日	医療機関電話番号	

上記医療機関の受診により、下記の通り指示がありましたので保護者に代わり与薬を依頼いたします。

	形状	色	数	与薬する時間	与薬者	与薬時間	確認者	その後の経過
飲み薬	シロップ		種	食前 / 食後 / その他()		:		異常(なし・あり)
			種	食前 / 食後 / その他()		:		異常(なし・あり)
	粉薬		種	食前 / 食後 / その他()		:		異常(なし・あり)
			種	食前 / 食後 / その他()		:		異常(なし・あり)
	錠剤		種	食前 / 食後 / その他()		:		異常(なし・あり)
			種	食前 / 食後 / その他()		:		異常(なし・あり)
塗り薬				食前 / 食後 / その他()		:		異常(なし・あり)
				食前 / 食後 / その他()		:		異常(なし・あり)

※同じ薬でも1日1枚提出してください。

※薬は必ず当日分のみ、1回分を小分けにして、容器に日付と園児名を明記し、保育者に手渡してください。

上記の順守がなかった際は、服用予定の園児及び他通園している園児の安全のため、服用せずに返却・処分することがございます。ご了承ください。

※長期にわたり処方が必要な場合は、医師の診断書を添付してください。

※市販薬のお預かりはできません。

()おひさまの森()園
与薬指示・依頼書

提出日： 年 月 日
受け取り職員：

※太枠内は必ず依頼者が自筆してください

服用園児名		依頼者・保護者名		続柄	
病名及び症状					
受診した医療機関名		処方年月日	年 月 日	医療機関電話番号	

上記医療機関の受診により、下記の通り指示がありましたので保護者に代わり与薬を依頼いたします。

	形状	色	数	与薬する時間	与薬者	与薬時間	確認者	その後の経過
飲み薬	シロップ		種	食前 / 食後 / その他()		:		異常(なし・あり)
			種	食前 / 食後 / その他()		:		異常(なし・あり)
	粉薬		種	食前 / 食後 / その他()		:		異常(なし・あり)
			種	食前 / 食後 / その他()		:		異常(なし・あり)
	錠剤		種	食前 / 食後 / その他()		:		異常(なし・あり)
			種	食前 / 食後 / その他()		:		異常(なし・あり)
塗り薬				食前 / 食後 / その他()		:		異常(なし・あり)
				食前 / 食後 / その他()		:		異常(なし・あり)

※同じ薬でも1日1枚提出してください。

※薬は必ず当日分のみ、1回分を小分けにして、容器に日付と園児名を明記し、保育者に手渡してください。

上記の順守がなかった際は、服用予定の園児及び他通園している園児の安全のため、服用せずに返却・処分することがございます。ご了承ください。

※長期にわたり処方が必要な場合は、医師の診断書を添付してください。

※市販薬のお預かりはできません。