

令和 年 月 日

与薬依頼票（保護者記載用）

保護者氏名

印

依頼者	子ども氏名			男 ・ 女	
	生年月日	H ・ R	年	月	日（ 歳 ヶ月）
主治医	主治医氏名				
	病（医）院名				
	TEL		Fax		
病 名					
（該当するものに○、または明記してください） 持参した薬は令和 年 月 日に処方されたものです。					
薬の名称		与薬の時間		保管方法	
		昼（ 食前 / 食後 ） その他（ ）		室温 ・ 冷蔵庫 その他（ ）	
		昼（ 食前 / 食後 ） その他（ ）		室温 ・ 冷蔵庫 その他（ ）	
		昼（ 食前 / 食後 ） その他（ ）		室温 ・ 冷蔵庫 その他（ ）	
与薬等の方法	（例）『水に溶かして飲ませる』等、飲み方等に配慮が必要な場合				
その他注意点					
与薬依頼月日		受領者サイン	投薬者サイン	備考	
令和	年 月 日				
令和	年 月 日				
令和	年 月 日				
令和	年 月 日				
令和	年 月 日				
令和	年 月 日				
※『与薬依頼書』『薬の説明書』『1日1回分のお薬』を担当保育士にお渡しください。 ※お薬の袋、お薬の容器にも『名前』『日付』『食前・後』を記入して下さい。					