

与薬依頼書

令和 年 月 日

ミルクひまわり園 園長 宛

組 名 _____

園児名 _____

保護者名 _____

与薬についての約束事項

- 薬は、医師の指示によるものであること（一般売薬はお受けできません）。
- 薬は一回分を、薬袋又は医師の指示ラベルの付いたビンにに入れてください。
- この依頼書は、与薬する日ごとに薬と一緒に職員に手渡ししてください。
- 薬の容器にお名前の記入をお願いします。

1. 病 名 :

2. 受診した病院 :

3. 病院の電話番号 :

4. 受診日 : 月 日

5. 与薬時間 : 食前 ・ 食後 ・ その他()

6. 与薬の種類 : 錠剤 散薬 水薬 軟膏 点眼薬

7. 症 状 (家庭内でのようす)

熱 : °C

機 嫌 : 良 不良

咳 : あり なし

食 欲 : あり なし

便の状態 : 普通 やわらかい 下痢気味

その他 : ()