

与薬依頼書

ふたば保育園 園長様

医師の指示により、やむを得ず保育時間中における与薬が必要となり、保護者の責任において、保育園での園児に対する与薬を行っていただきたく依頼いたします。

クラス： _____ 園児名： _____

依頼日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 保護者名： _____

医療機関名 ・担当医師名	(電話 _____)
病名	

薬の種別	与薬方法（用法・用量等）	処方された日
塗り薬	回数（ _____ 回）時間（ _____ 時頃） 患部（ _____ ）	_____ 月 _____ 日
点眼薬	回数（ _____ 回）時間（ _____ 時頃） 患部（ 左目 ・ 右目 ）	_____ 月 _____ 日
点鼻薬	回数（ _____ 回）時間（ _____ 時頃） 患部（ 左鼻 ・ 右鼻 ）	_____ 月 _____ 日
絆創膏等貼替	回数（ _____ 回）患部（ _____ ） いつどんな時（ _____ ）	

【注意事項】

1. 医師による処方への添付をお願いします。
2. 透明のジッパー付き袋に、薬・処方箋・ビニール手袋を入れ、園児名を必ず記入してください。
3. 薬箱からの出し入れは、保護者の責任で行ってください。

【与薬者： _____】 【与薬時間： _____ 時 _____ 分】

与薬依頼書

ふたば保育園 園長様

医師の指示により、やむを得ず保育時間中における与薬が必要となり、保護者の責任において、保育園での園児に対する与薬を行っていただきたく依頼いたします。

クラス： _____ 園児名： _____

依頼日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 保護者名： _____

医療機関名 ・担当医師名	(電話 _____)
病名	

薬の種別	与薬方法（用法・用量等）	処方された日
塗り薬	回数（ _____ 回）時間（ _____ 時頃） 患部（ _____ ）	_____ 月 _____ 日
点眼薬	回数（ _____ 回）時間（ _____ 時頃） 患部（ 左目 ・ 右目 ）	_____ 月 _____ 日
点鼻薬	回数（ _____ 回）時間（ _____ 時頃） 患部（ 左鼻 ・ 右鼻 ）	_____ 月 _____ 日
絆創膏等貼替	回数（ _____ 回）患部（ _____ ） いつどんな時（ _____ ）	

【注意事項】

1. 医師による処方への添付をお願いします。
2. 透明のジッパー付き袋に、薬・処方箋・ビニール手袋を入れ、園児名を必ず記入してください。
3. 薬箱からの出し入れは、保護者の責任で行ってください。

【与薬者： _____】 【与薬時間： _____ 時 _____ 分】