

与薬依頼票 (保護者記載用)

1週間ごと更新用
年 月 日

依頼先	桜川保育園 クラス()
依頼者	保護者氏名 電話 子ども氏名 (男・女) 歳 か月
主治医	電話 (FAX
病名 (または症状)	
<p>該当するものに○、または明記</p> <p>(1)持参したくすりは 年 月 日に処方されたもの</p> <p>(2)保管は 室温・冷蔵庫・その他()</p> <p>(3)くすりの剤型 粉・液(シロップ)・外用薬・その他()</p> <p>(4)くすりの内容() <u>くすりの名前</u></p> <p>(5)使用するタイミング 食事(おやつ)の 分前・ 分あと その他具体的に()</p> <p>(6)外用薬などの使用法</p> <p>(7)その他の注意事項</p>	

※お薬には必ず名前を記入してください。

保育園記載
受領者サイン
投与者サイン

桜川保育園

※薬剤情報提供書(お薬説明書)を必ずご持参ください。

裏面に投与状況記載

