

与薬依頼書

らららこども園 園長様

依頼日 令和 年 月 日

組 _____

児氏名 _____ 保護者名 _____ 印 _____

下記のとおり、保護者に代わり、与薬をお願いいたします。

病名（症状）					
飲み方	種類	抗生物質	かぜ薬	鼻水の薬	ぜんそくの薬
		咳止め	下痢止め	吐き気止め	
		その他（	）		
	水薬 1回	種類	飲み方	そのまま飲む	
	粉薬 1回	種類		水に溶く	
	錠剤 1回	種類		その他	
ぬり薬	かゆみどめ アトピー その他（				
	ぬる部位（				
目薬	結膜炎	目やに	両目 右 左		
その他					
与薬時間	昼食前・昼食後・				
かかった医療機関					
与薬期間	月 日 ~ 月 日				
医師からの注意事項					

必要項目をご記入の上、該当事項を○で囲み押印をお願いします。

薬は医師の処方によるもののみで、市販薬はお受けできません。

薬は、記名して1回分を袋またはビンに入れてください。