

# 与薬依頼書

依頼日：令和 年 月 日

認定こども園曙幼稚園園長 様

クラス名 \_\_\_\_\_

園児名 \_\_\_\_\_

保護者名 \_\_\_\_\_ ⑩

医師との相談の結果、やむを得ず、園での与薬が必要になりましたので、下記の薬を保護者に代わり、与薬することを依頼します。

病名・病状	
医療機関名	電話番号
薬の名前	
薬の種類	<input type="checkbox"/> 内服薬（粉・シロップ） <input type="checkbox"/> 軟膏 <input type="checkbox"/> 点眼薬 <input type="checkbox"/> 点耳薬 <input type="checkbox"/> その他（ ）
与薬期間	<input type="checkbox"/> 【1日のみ】 月 日（ ） <input type="checkbox"/> 【複数日】 月 日（ ）～ 月 日（ ） ※お休みをはさむ場合は、再提出が必要です。 （長期間継続して依頼が必要な場合はご相談下さい）
希望与薬時間	<input type="checkbox"/> 食前 <input type="checkbox"/> 食後 <input type="checkbox"/> （ ）時頃
直前の与薬時間	月 日（ ） 時 分頃

- ・薬は医師の処方によるもののみで、市販の薬はお受けできません。
- ・薬は、1回分毎、小袋（小容器）に分け、名前を記入して下さい。
- ・この依頼書は薬と一緒に担任又は看護師等にお渡し下さい。