＊与薬依頼書＊

20　　年　　月　　日

たまプラーザ小桜愛児園

下記にご理解いただいた方は、依頼書に記入をお願いします。

※保育の状況により与薬出来ない場合もあります。

　必ず与薬が必要な場合は、保護者の方が来園して行ってください。

※主治医の意見書は 1 年間有効。サイン欄は園で記入いたします。

※与薬前の確認が必要な場合に、連絡がつかない時はこちらの判断で与薬させていただきます。

保護者氏名		園児名	
保護者緊急時連絡先〔TEL〕			
医療機関名		主治医	
医療機関連絡先〔TEL〕		病　名	

●持参した薬

〇名　称　：

〇使用目的：

〇剤　型　：

・飲み薬　　粉　・　シロップ　・　その他〔　　〕

・外用薬　　塗り薬・貼り薬・目薬・座薬・その他〔　　〕

●服用法〔間違いの無いように記入してください〕

保　管　方　法	室　温　・　冷蔵庫　・　その他〔　　〕
そ の 他　連 絡 又 は 注 意 事 項	

受領サイン		保管サイン		与薬サイン			受領サイン		保管サイン		与薬サイン	
／		／		／			／		／		／	
／		／		／			／		／		／	
／		／		／			／		／		／	
／		／		／			／		／		／	
／		／		／			／		／		／	
／		／		／			／		／		／	

＊与薬依頼書＊

20　　年　　月　　日

たまプラーザ小桜愛児園

保護者氏名		園児名	
保護者緊急時連絡先〔TEL〕			

受領サイン		保管サイン		与薬サイン			受領サイン		保管サイン		与薬サイン	
／		／		／			／		／		／	
／		／		／			／		／		／	
／		／		／			／		／		／	
／		／		／			／		／		／	
／		／		／			／		／		／	
／		／		／			／		／		／	
／		／		／			／		／		／	
／		／		／			／		／		／	
／		／		／			／		／		／	
／		／		／			／		／		／	
／		／		／			／		／		／	
／		／		／			／		／		／	
／		／		／			／		／		／	
／		／		／			／		／		／	
／		／		／			／		／		／	
／		／		／			／		／		／	
／		／		／			／		／		／	
／		／		／			／		／		／	
／		／		／			／		／		／	