

《 与 薬 依 頼 票 》

社会福祉法人 マーヤ保育園

クラス名 _____ 組 児童名 _____

保護者に代わり、与薬をお願いします。

薬を飲ませる日	平成 年 月 日
病名（または症状）	
処方された病院・医院名	
	Tel ()
薬を処方された日	平成 年 月 日
薬の種類（個数を記入）	水薬()・粉薬()・軟膏()・ 目薬()・その他[()]
内 容	抗生物質・咳止め・下痢止め・かぜ薬 その他[]
薬を飲む(使用する)時間帯	食前 食後 その他[]

保護者サイン _____

※内服する薬は1回分にして持参してください。

※薬にも記名し、与薬依頼票とともに保育士に手渡ししてください。

※外用薬は試用期間を記入してください。

_____ 月 日 ~ _____ 月 日

(保育所記入欄)

受領者		与薬者	
-----	--	-----	--