与薬依頼票

医師の診断を受けたところ、下記のとおり指示がありましたので内服をお願いします。

保護者名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

与薬日（期間）	年　　月　　日（　　）～ 年　　月　　日（　　）
クラス名	園児名

＊医療機関にて記載していただいてください

医療機関名

医師名　　㊞

処方された日	年　　月　　日（　　）
病　名	
薬剤名	
薬の種類 （　　）	粉薬（　　）　水薬（　　）　錠剤（　　） 外用薬（　　） その他【　　】（　　） ※（　　）内に個数を記入してください
与薬の時間	食後　その他（　　）

※預かった薬について不明点がある場合、保護者の方に連絡をし、確認をさせていただくことがあります。確認が取れない場合は与薬が行えません。ご了承ください。