

# 与薬依頼書

20 年 月 日

依頼者	お子様氏名	保護者氏名(自署)
主治医	( 病院名 )	病院電話番号 ( )
病名 (又は症状)		

**以下該当するものに○、または明記**

薬剤情報提供書	あり ・ なし
---------	---------

上記、なし の場合は以下を明記

処方	年 月 日に処方された 日分のうちの本日分
薬の内容	抗生物質・解熱剤・咳止め・下痢止め・かぜ薬・外用薬・その他( )
調剤内容	
保管	常温 ・ 冷蔵庫

**以下、与薬について明記**

	飲み薬 昼	飲み薬 夜		
時間	□昼食(前・後) □おやつ(前・後)	□夕食(前・後) □夕おやつ(前・後)		
種類	□粉薬( 包) □錠剤・カプセル( 錠) □シロップ	□粉薬( 包) □錠剤・カプセル( 錠) □シロップ		
飲ませ方等				
※飲み薬は 1 回分ずつに分けてください。				
確認サイン	与薬時間・サイン :	保護者確認サイン	与薬時間・サイン :	保護者確認サイン

外用薬	患部					
	与薬時間					
	与薬期間	年 月 日( ) ~ 月 日( )まで				
※最大 1 週間を限度とし、週末には必ずお持ち帰りとなります。						
使用日	/	/	/	/	/	
与薬時間 与薬者サイン	:	:	:	:	:	
保護者 確認サイン						
保育園記入欄						
受領者サイン	月 日 午前・午後 時 分					
保管管理者サイン	月 日 午前・午後 時 分					
実施状況など					施設長印  印	