


(園保管用)

社会福祉法人チトセ会
こども園ちとせ
こども園ののはな

保護者記載 (園保管)			
<h1>与薬依頼書</h1>			
令和 年 月 日記			
組 園児名		保護者名	
病院名			
病名(又は病状)			
処方日	令和 年 月 日		
薬の種類	<input type="checkbox"/> 粉(包) <input type="checkbox"/> 外用薬 (点眼薬・点鼻薬 軟膏・その他())		
<input type="checkbox"/> シロップ(種)			
下記の項目にチェックして下さい。 <input type="checkbox"/> 初回に薬剤情報提供書又はお薬手帳を持参しましたか？ <input type="checkbox"/> 現在の症状で医師に処方された薬ですか？ <input type="checkbox"/> 薬は当日1回分ずつに分けていますか？ <input type="checkbox"/> シロップ容器や薬袋に名前が書いてありますか？ <input type="checkbox"/> 与薬月日はすべて記入していますか？ <input type="checkbox"/> コップはありますか？(粉薬用)			
以上チェック不備の場合、安全面から薬を飲ませることができませんので ご了承ください。			
その他の注意事項 ※市販の薬は受付ませんのでご了承下さい。			

(保護者返却)

与薬依頼票

組 園児名

園に与薬依頼する日を、初回にすべて記入してください。

園
で
キ
リ
ト
リ

	与薬月日 (保護者記入)	与薬者 サイン	与薬時刻		与薬月日 (保護者記入)	与薬者 サイン	与薬時刻
1	月 日		時 分	11	月 日		時 分
2	月 日		時 分	12	月 日		時 分
3	月 日		時 分	13	月 日		時 分
4	月 日		時 分	14	月 日		時 分
5	月 日		時 分	15	月 日		時 分
6	月 日		時 分	16	月 日		時 分
7	月 日		時 分	17	月 日		時 分
8	月 日		時 分	18	月 日		時 分
9	月 日		時 分	19	月 日		時 分
10	月 日		時 分	20	月 日		時 分