

与薬依頼書

園児氏名		クラス	
生年月日	平成 年 月 日 (歳 ヶ月)		
病名(症状等)			
薬品名			
服用方法			
服用時間			
服用期間			
保管方法			
医師による 注意事項			
薬剤師による 注意事項			
その他			

平成 年 月 日

依頼者氏名(直筆)

※ 保育中は原則として薬の服用ができません。やむを得ず使用する場合のみ、保護者からの依頼のもとに保育園職員が保護者に代わって与薬をします。診察を受ける際には、その旨を必ず医師に伝えてください。

※ 代替与薬の対象となる薬剤は、医師の処方箋のもとに調剤薬局にて処方される薬剤に限ります。調剤薬局から発行される薬剤説明書の写しを添付してください。