

与薬依頼書

園児氏名	(クラス) 茜・空・桃 堇・杏・桜
生年月日	年 月 日 (歳 ヶ月)
病名 (症状等)	
薬剤名	
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	

令和 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、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。