いろくまち保育園

くすりの依頼書

保護者記載欄

子ども氏名			
医療機関名	病院・医院		
医師名	先生	病院の電話番号	
病名または症状			

与薬を依頼するくすりの服用期間・種類・数

（　　年　　月　　日 ～　　月　　日）

薬剤 ＿＿＿＿＿＿＿＿（保管は 室温・冷蔵）　薬剤 ＿＿＿＿＿＿＿＿（保管は 室温・冷蔵）

＿＿＿＿＿＿＿＿（保管は 室温・冷蔵）　＿＿＿＿＿＿＿＿（保管は 室温・冷蔵）

医師記載欄

子ども氏名	

くすりの内容

抗生物質　咳止め　下痢止め　整腸剤　その他（　　）

薬剤情報提供書（あり・なし）

上記の薬を「昼」に与薬（　　日分）するように処方しました

処方日　　年　　月　　日　　署名　病院名

医師名

※ 処方内容の変更がなければ、与薬依頼書の有効期限は原則として処方日から７日以内です。

※ 処方内容の変更があれば、新規の与薬依頼書をご提示ください。

与薬記録

（保育園記載欄）

年 月 日	薬剤名	受領者サイン	投与年月日・時間	投与者サイン	確認者サイン	返却者サイン
年　月　日			年　月　日　時　分			
年　月　日			年　月　日　時　分			
年　月　日			年　月　日　時　分			
年　月　日			年　月　日　時　分			
年　月　日			年　月　日　時　分			
年　月　日			年　月　日　時　分			
年　月　日			年　月　日　時　分			