

与薬依頼票

くすりの処方・与薬について 令和 年 月 日

依頼先	セイユウモンテツソーリこども園		組	
依頼者	保護者氏名：		連絡先・電話：	
	園児氏名：		歳	
病院名	病院(科)		電話：	
	医院			
病名 (又は 症状)			処方日	年 月 日
			日分	
くすり 名称	くすり 剤型	粉末・シロップ 錠剤・外用薬 その他()	くすり 内容	抗生物質・解熱剤 咳止め・下痢止め 風邪薬・外用薬
使用 日時	昼食前・昼食後		その他 注意事項	
	その他()			
薬剤 情報 提供書	あり・なし	保管 方法	室温・冷蔵庫・その他()	

こども園記載	
受領者サイン	
保管者サイン	
与薬者サイン	与薬時間 午前・午後 時 分
子どもの症状・様子	

※原則、与薬はいたしません。緊急性のある場合のみ本与薬票にて与薬いたします。
※市販薬は除きます。(園のしおり「くすりについてのお願い」をご覧ください。)

与薬依頼票

くすりの処方・与薬について 令和 年 月 日

依頼先	セイユウモンテツソーリこども園		組	
依頼者	保護者氏名：		連絡先・電話：	
	園児氏名：		歳	
病院名	病院(科)		電話：	
	医院			
病名 (又は 症状)			処方日	年 月 日
			日分	
くすり 名称	くすり 剤型	粉末・シロップ 錠剤・外用薬 その他()	くすり 内容	抗生物質・解熱剤 咳止め・下痢止め 風邪薬・外用薬
使用 日時	昼食前・昼食後		その他 注意事項	
	その他()			
薬剤 情報 提供書	あり・なし	保管 方法	室温・冷蔵庫・その他()	

こども園記載	
受領者サイン	
保管者サイン	
与薬者サイン	与薬時間 午前・午後 時 分
子どもの症状・様子	

※原則、与薬はいたしません。緊急性のある場合のみ本与薬票にて与薬いたします。
※市販薬は除きます。(園のしおり「くすりについてのお願い」をご覧ください。)