

与薬依頼書(病児保育用)

つくばスマイル保育園

名前

生年月日

医師の指示がありましたので与薬の依頼をお願いします。

●保護者名

●依頼日 令和 年 月 日()

●処方日 令和 年 月 日

●病院名 ()

●病名 ()

●備考 ()

●薬の内容

薬の種類	与薬方法	
内服薬1 (粉・シロップ)	服用時間 食(前・間・後)	薬名()
	服用方法	そのまま・水で溶く・その他()
内服薬2 (粉・シロップ)	服用時間 食(前・間・後)	薬名()
	服用方法	そのまま・水で溶く・その他()
塗り薬	回数 回 (時間)	薬名()
		患部 ()
点眼薬	回数 回 (時間)	薬名()
		患部 (左目・右目)
その他	回数 回 (時間)	薬名()

日付	/	/	/	/	/
保護者印					
受取者印					
与薬者印					

※医師の指示により今回の病気で処方されたものに限ります。

※処方箋(医院名又は調剤薬局名・処方日)(コピー可)を添えてください。

※粉薬・水薬は1回分に小分けし、フルネームをご記入の上職員に手渡してください。

※処方されたお薬について不明な点がある際は薬局に問い合わせる場合があります。

※塗り薬のある際はビニール手袋を利用します。ご持参ください。