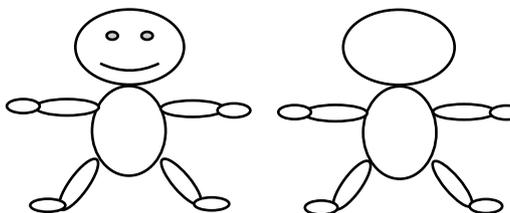


与薬依頼書

※病院で診断を受けて 園での投薬が必要と指示された場合は、園へご相談ください。

令和 年 月 日記

※必ず印鑑をお願いします

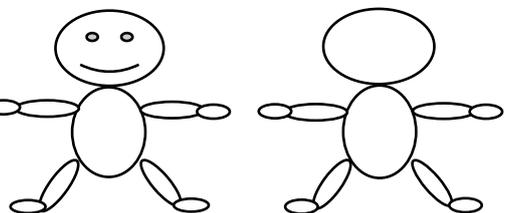
| 依頼先 | しののめキッズパーク保育園 | | 依頼日 | 受付者 | 与薬(確認)時間 | 投与(確認)者 |
|--|--|--|--|-----|----------|---------|
| 依頼者 | 園児名 (男・女) 保護者氏名 (印) | | / | | | |
| 病院名 | TEL | | / | | | |
| 診断名 | | | / | | | |
| 処方された日 | 年 月 日 | | / | | | |
| 薬の種類 | | | / | | | |
| 保管方法 | 室温・冷蔵庫・その他() | | / | | | |
| 与薬時間 | | | / | | | |
| 外用薬(塗り薬・点眼薬・気管支拡張テープ) ※該当する種類に○をつけてください | | | / | | | |
| ※処置部位に印をして下さい |  | | / | | | |
| ※貼るタイプの薬を使用した場合は貼った日付を書いて下さい | | | ※投薬する最後の予定日【 / () 】 ※依頼書を回収しますので、終了時は保管のため園にお返しください。 | | | |

与薬依頼書

※病院で診断を受けて 園での投薬が必要と指示された場合は、園へご相談ください。

令和 年 月 日記

※必ず印鑑をお願いします

| 依頼先 | しののめキッズパーク保育園 | | 依頼日 | 受付者 | 与薬(確認)時間 | 投与(確認)者 |
|--|---|--|--|-----|----------|---------|
| 依頼者 | 園児名 (男・女) 保護者氏名 (印) | | / | | | |
| 病院名 | TEL | | / | | | |
| 病名 | | | / | | | |
| 薬剤名 | | | / | | | |
| 薬の種類 | | | / | | | |
| 保管方法 | 室温・冷蔵庫・その他() | | / | | | |
| 与薬時間 | | | / | | | |
| 外用薬(塗り薬・点眼薬・気管支拡張テープ) ※該当する種類に○をつけてください | | | / | | | |
| ※処置部位に印をして下さい |  | | / | | | |
| ※貼るタイプの薬を使用した場合は貼った日付を書いて下さい | | | ※投薬する最後の予定日【 / () 】 ※依頼書を回収しますので、終了時は保管のため園にお返しください。 | | | |