

内服薬・外用薬の依頼書

平成 年 月 日

学校法人正良学園アポロンの丘 園長様

医師の診断を受けましたところ、下記のとおり指示がありましたのでお願い致します。

クラス名	ぐみ	年齢	保護者		
園児名		歳	氏 名	⑩	
病院名	医院(病院)				
処方日(医院や病院で薬をいただいた日) 平成 年 月 日					
薬品名	※薬剤情報提供書 あり ・ なし (コピーしたものを添付して下さい)				
病 名					
症 状					
薬の種類	粉()包 ・ 水薬 ・ 顆粒 ・ 塗り薬 ・ 点眼薬 ・ 点鼻薬 その他()				
与薬日	平成 年 月 日 ()曜日				
与薬時間	給食前 ・ 給食後 ・ 午後のおやつ前 ・ おやつ後 ・ その他()				
長期の 予定時間	平成 年 月 日 ~ 月 日				
与薬時の 注意事項	薬の飲ませ方など				
保育園 記入欄	与薬時間				
	与薬 担当者				

※ 市販薬の与薬はいたしません

※ 内服薬は毎日提出お願いします。