

# 与薬依頼書

あさひまちなか保育園

児童氏名 \_\_\_\_\_

上記の者に対し、保護者に代わって下記の与薬をお願いいたします。

令和 年 月 日 保護者氏名 \_\_\_\_\_ (印)

病名
医療機関名
処方日 令和 年 月 日

受領者	(印)
投与者	(印)

お薬は、以下の3点を揃えて、持って来て頂くようお願い致します。

- ① 1回分の薬剤（袋・容器に記名してください）  
\*外用薬の容器にも必ず記名してください。
- ② 与薬依頼書
- ③ 薬剤情報のコピー（薬の内容・回数・説明があるもの）

内服薬	薬剤名						
	形状	<input type="checkbox"/> シロップ(液体)	<input type="checkbox"/> 粉薬	<input type="checkbox"/> 錠剤			
	量	1回に cc 種類	1回に 包 種類	1回に 錠 種類			
	方法	<input type="checkbox"/> スポイト <input type="checkbox"/> コップ その他( )	<input type="checkbox"/> スポイト <input type="checkbox"/> コップ その他( )	<input type="checkbox"/> スポイト <input type="checkbox"/> コップ その他( )			
	時間	<input type="checkbox"/> 食前 <input type="checkbox"/> 食後	<input type="checkbox"/> 食前 <input type="checkbox"/> 食後	<input type="checkbox"/> 食前 <input type="checkbox"/> 食後			

外用薬使用期間	月 日 ~ 月 日まで
日付・投与者(印)	

外用薬	薬の内容	<input type="checkbox"/> 抗生剤	<input type="checkbox"/> 抗炎症剤	<input type="checkbox"/> ステロイド	<input type="checkbox"/> その他( )
	種類	点眼薬	点鼻薬	点耳薬	軟膏
	量と部位	1回に 右・左・両方	1回に 右・左・両方	1回に 右・左・両方	1回に *部位は下図に記載
	薬の所在	<input type="checkbox"/> 保育園預かり <input type="checkbox"/> 毎回持ち帰り			

軟膏を塗る部位(症状のある箇所・症状の出やすい箇所を○や斜線で記載してください)

薬剤名	塗る部位
①	
②	
③	

