

与薬依頼書

令和 年 月 日記

依頼先	保育園名	ひびきのそら保育園		
依頼者	保護者氏名 子ども氏名	㊞		
主治医	電話 ㊞ FAX			
病名（又は症状）				
① 使用する日時	年 月 日 ~ 年 月 日 午前・午後 時 分			
② 持参した薬	年 月 日に処方された 日分のうちの本日分			
③ 薬の内容 （要記入）				
④ 薬の剤型 （該当するものに○）	粉 ・ 液（シロップ） ・ 外用薬 ・ その他（ ）			
⑤ 薬の用法				
⑥ その他	薬剤情報提供書 あり ・ なし			
保育園記載	受領者サイン		保管時サイン	月 日 時 分
	投与者サイン		投与時刻	月 日 午前・午後 時 分
	実施状況など			

* 注意 *

主治医の診察を受けられる場合は、お子さんが、○時～○時まで
保育園に在園していることと、保育園では原則として薬の使用が出来ないことをお伝えください。
連絡票がない場合は、服用できません。