与薬依頼票

※保護者記載用太枠内にご記入ください

子どもの名前	保護者名（自署でお願いします）
（緊急時に病院に連絡が取れるように記載してください） 医療機関名　　医師名 ℡：	
病状または症状	
与薬を依頼する薬 （保管）　室内　冷蔵庫　その他（　　） （薬の種類）　粉薬　シロップ　外用薬　その他（　　） （薬の内容）　抗生物質　かぜ薬　その他（　　）	
使用する日時 月　日～　月　日 食前　食後　おやつ前　その他（　　）	

※処方内容に変更がなければ、与薬依頼票の有効期限は原則として処方日から７日間以内です。

※処方内容に変更があれば、新規の与薬依頼表をご提出ください。

与薬記録書

※保育園記載欄

年月日	受取者	投薬時間	投薬者	投薬時間	投薬者	投薬時間	投薬者
H /		時　分		時　分		時　分	
H /		時　分		時　分		時　分	
H /		時　分		時　分		時　分	
H /		時　分		時　分		時　分	
H /		時　分		時　分		時　分	
H /		時　分		時　分		時　分	
H /		時　分		時　分		時　分	