

与薬依頼票

ミルフィーユ保育園長 様

医師の指示により、やむを得ず保育時間中における与薬が必要となり、保護者の責任において保育園での園児に対する与薬を行っていただきたく依頼します

依頼日 令和 年 月 日 _____ 組

園児名 _____ 保護者名 _____

医療機関名 (担当医師名)	TEL	
病名		
薬の種別	与薬方法(用法・用量)	処方日
内服薬①	時間 食(前・間・後) 分 方法 そのまま 水で溶く その他()	月 日
内服薬②	時間 食(前・間・後) 分 方法 そのまま 水で溶く その他()	月 日
塗り薬	回数 回(時間) 患部()	月 日
点眼薬	回数 回(時間) 患部 (左目・右目)	月 日

処理欄	受付者		与薬者		与薬時間	:
-----	-----	--	-----	--	------	---

与薬依頼票

ミルフィーユ保育園長 様

医師の指示により、やむを得ず保育時間中における与薬が必要となり、保護者の責任において保育園での園児に対する与薬を行っていただきたく依頼します

依頼日 令和 年 月 日 _____ 組

園児名 _____ 保護者名 _____

医療機関名 (担当医師名)	TEL	
病名		
薬の種別	与薬方法(用法・用量)	処方日
内服薬①	時間 食(前・間・後) 分 方法 そのまま 水で溶く その他()	月 日
内服薬②	時間 食(前・間・後) 分 方法 そのまま 水で溶く その他()	月 日
塗り薬	回数 回(時間) 患部()	月 日
点眼薬	回数 回(時間) 患部 (左目・右目)	月 日

処理欄	受付者		与薬者		与薬時間	:
-----	-----	--	-----	--	------	---