☆与薬願い書

依頼日	平成　　年　　月　　日（　　）		
園児名		クラス	
保護者名			
病名（症状）			
与薬時刻	昼食前　・　昼食後　・　その他（　　時　　分）		
薬の処方日	平成　　年　　月　　日（　　日分）		
病院名		電話番号	
薬局名		電話番号	

①薬の剤型は（該当するものに○印をつけてください）

シロップ　　粉薬　　錠剤　　外用薬　　その他（　　）

②外用薬などの使用方法 ＿＿＿＿＿＿＿＿

③薬剤情報提供書の添付　　あり　　なし

④与薬上の注意事項 ＿＿＿＿＿＿＿＿

※この与薬願い書は必ず保護者の方がご記入ください。

薬の持参は原則としてご遠慮願ってます。但し、

医師の指示がある場合はお預かりいたします

※座薬を使用して登園されることはご遠慮ください。

与薬サイン