与 薬 依 頼 票

保護者記入欄

太線枠にご記入ください

子どもの名前	保護者名（自署でお願いします）

医療機関名、医師名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿病・医院 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿先生

（緊急時に連絡がとれるように記載してください） TEL ：

病名または症状

与薬を依頼するくすりの種類と数

	（　月　日）	（　月　日）	（　月　日）
粉　薬 ：	＿＿＿種 →	＿＿＿種 →	＿＿＿種
シロップ ：	＿＿＿種 →	＿＿＿種 →	＿＿＿種
（保管は　室温　・　冷蔵　）			
外用剤 ：	＿＿＿種 →	＿＿＿種 →	＿＿＿種

外用剤の使用法

その他の注意事項

※　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日以内です。
※　処方内容に変更があれば、新規の与薬依頼票をご提出ください。

与 薬 記 録 書

保育園記入欄

月　日	受領者サイン	投与時間	投与者サイン
月　日		時　分	
月　日		時　分	
月　日		時　分	
月　日		時　分	
月　日		時　分	
月　日		時　分	
月　日		時　分	