与 薬 依 頼 書

保 護 者 用

社会福祉法人大宅福祉会

おおやけこども園　・　ぷちあんじゅ おおやけ　　理事長　山手　重信　宛

※いずれかの園名を○で囲んでください。

平成　　年　　月　　日			
保 護 者 氏 名 （自署）		連絡のつく 電話番号	
園 児 氏 名			男　・　女
ク ラ ス 名			歳　　カ月
主　治　医 （病院・医院名）	（　　）	電話 FAX	
病　　名 （または症状）			

今回の薬について	年　　月　　日に処方された　　日分の　　日分	
	薬剤名／効用	内服薬（　　／　　） 外用薬（　　／　　） その他（　　／　　）
	使用する時間	食事(おやつ)の　　分　前　・　　分　後 その他具体的に(外用薬の使用法も含む) （　　）
	薬 の 剤 型	粉　・　液(シロップ)　・　外用薬　・　その他(　　) ※該当するものを○で囲んでください。
	薬の保管方法	常温　・　冷蔵庫　・　その他(　　) ※該当するものを○で囲んでください。
	薬を持参する前には、毎回必ず薬剤が使用できる状態であることを確認してください。	

※特記事項

薬剤情報提供書　　有 ・ 無

園記載欄	与薬日／与薬時間	月　　日／　　：	月　　日／　　：	月　　日／　　：
	受領者サイン			
	保 管 場 所			
	与薬者サイン / 与薬確認者サイン			
	特 記 事 項			