

【与薬依頼書】

年 月 日

医師の診察を受けたところ薬を処方されましたので、下記の通り与薬を依頼します。尚、この依頼に基づく与薬などによる病状変化に対し、貴学園の責任を一切問わない事を確約します。

学校法人野田学園 甲東こども園 殿

保護者氏名

印

組	園児氏名						
病院・医師名							
症状又は病名							
処方日	年		月		日		日分
種類	《粉薬		袋》		《シロップ		ビン》
	《外用薬		個》		《その他》		
与薬時間	食前		食後		その他		
注意事項							
	月日						備考
	家庭での体温	℃	℃	℃	℃	℃	
サイン又は印	保護者	印	印	印	印	印	
	受領者	印	印	印	印	印	
	与薬者	印	印	印	印	印	

- *お薬の説明書を必ず添えて下さい。
- *お薬は1回分にして各々に名前を書いて下さい。(シロップの瓶や粉薬の袋等)
- *お知らせホルダーに入れて下さい。
- *土曜日の与薬は受け付けておりません。ご家庭で対応をお願い致します。
- *お薬は医師が処方したものに限りません。市販薬はお預かり致しません。

以上のことを必ず守って下さい。安全確認ができない場合、与薬しない事もあります。誤薬防止のためご理解ご了承願います。

*この用紙はこども園で回収します。