年　　月　　日

与薬依頼票

認定こども園みくに学園
園長　細井典子様

組　園児氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

医師の診察を受けたところ、下記の通り服薬の指示がありましたので、
保護者に代わり、園での与薬をお願いいたします。

保護者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

・病院名　　TEL　（　　）
・病名（症状）［　　］
・薬 の 名 称［　　］
・与薬期間（処方された月日）　　月　　日～　　月　　日

薬の種類	用量・用法など
内服薬	□粉（　　）包　□錠剤（　　種　　錠）　□水薬 □食前　□食間　□食後　□頓服・タイミング［　　］
塗り薬	患部［　　］・回数　　回（上限　　回） タイミング［　　］
点眼薬	いつ［　　］・［　　］種（右目　　回・左目　　回）
坐　剤	タイミング［　　］
その他	
備　考	配慮が必要な点［　　］

※飲み薬は、1回分ずつに分けて記名してください。
※お預かりできるのは今回の疾病で処方された薬のみとなります。市販薬はお預かりできません。

▼職員記入欄

月・日	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／
受領者													
与薬者													

年　　月　　日

与薬依頼票

認定こども園みくに学園
園長　細井典子様

組　園児氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

医師の診察を受けたところ、下記の通り服薬の指示がありましたので、
保護者に代わり、園での与薬をお願いいたします。

保護者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

・病院名　　TEL　（　　）
・病名（症状）［　　］
・薬 の 名 称［　　］
・与薬期間（処方された月日）　　月　　日～　　月　　日

薬の種類	用量・用法など
内服薬	□粉（　　）包　□錠剤（　　種　　錠）　□水薬 □食前　□食間　□食後　□頓服・タイミング［　　］
塗り薬	患部［　　］・回数　　回（上限　　回） タイミング［　　］
点眼薬	いつ［　　］・［　　］種（右目　　回・左目　　回）
坐　剤	タイミング［　　］
その他	
備　考	配慮が必要な点［　　］

※飲み薬は、1回分ずつに分けて記名してください。
※お預かりできるのは今回の疾病で処方された薬のみとなります。市販薬はお預かりできません。

▼職員記入欄

月・日	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／
受領者													
与薬者													