

与薬依頼票

ランバス記念幼稚園 宛

年 月 日

主治医と相談の結果、医師の指示によりでの幼稚園の保育時間における与薬が必要になりました。ついては、保護者の責任において、与薬の依頼をします。

該当する項目に○または、文章でご記入ください。

薬剤受付保育士名

園児 クラス名		園児名	
病名			
医療機関名		薬剤処方日	年 月 日
薬品名			
薬の種類	・粉薬(種類) ・錠剤(種類) ・水薬(種類) ・その他()		
与薬日	令和 年 月 日の分		
与薬回数・ 時間・方法	内服 (・食前・食後・食間 (いつ 時頃)) その他 (どのように いつ 時頃)		
特記事項 (主治医の コメント 等より)	＜薬の飲み方＞・そのまま飲む・水に溶く・砕く その他 ()		

上記の行為におきまして、何らかの新たな問題が生じたとしても、ランバス記念幼稚園に対して責任一切問いません。必ず保護者の責任のもととします。上記の文書に同意いたします。

保護者氏名

印

与薬報告書

年 月 日

園児名 _____

() が、(:) に服用を確認しました。

園長 _____