

* 与薬依頼書 *

平成 年 月 日

小桜愛児園

保護者氏名	園児名				
保護者緊急時連絡先〔TEL〕					
医療機関名	主治医				
医療機関連絡先〔TEL〕	病名				
<p>●持参した薬</p> <p>○名称：</p> <p>○使用目的：</p> <p>○剤型：</p> <p>・飲み薬 散 ・ シロップ ・ その他〔 〕</p> <p>・外用薬 塗り薬・貼り薬・目薬・座薬・その他〔 〕</p>					
●服用法〔間違いの無いように記入してください〕					
保管方法	室温 ・ 冷蔵庫 ・ その他〔 〕				
その他 連絡又は注意事項					
受領サイン	保管サイン	与薬サイン	受領サイン	保管サイン	与薬サイン
/	/	/	/	/	/
/	/	/	/	/	/
/	/	/	/	/	/
/	/	/	/	/	/
/	/	/	/	/	/
/	/	/	/	/	/

※保育の状況により与薬出来ない場合もあります。必ず与薬が必要な時は、保護者の方が来園して行ってください。
 ※サイン 12 回以降は与薬依頼書を再提出。主治医の意見書は 1 年間有効。サイン欄は園で記入いたします。