

玉川学園保育園施設長 宛

薬 の 依 頼 書

申込者 住 所
氏 名
対象児童との続柄

次のとおり、玉川学園高野公園保育園での与薬の実施を依頼します。なお、実施に当たって付される条件等について遵守します。

対象児童	ふりがな 氏 名	年 月 日生 (歳)	
		性別	
病院名	病院 (医院)		
病名 または症状			
処方年月日	年 月 日		
薬の種類	<input type="checkbox"/> 細粒 <input type="checkbox"/> シロップ <input type="checkbox"/> 軟膏剤 (ステロイド 有・無) <input type="checkbox"/> 坐薬 <input type="checkbox"/> その他 ()		
与薬時間	<input type="checkbox"/> 食前 <input type="checkbox"/> 食後 <input type="checkbox"/> その他 ()		
外用薬使用方法			

※記入漏れがある場合は、与薬することが出来ませんので、ご注意ください。

※飲み薬は、1回分に小分けしたものを御持参ください。

※薬の袋や容器には、必ずクラス名と児童名を御記入ください。

日付	/ (月)	/ (火)	/ (水)	/ (木)	/ (金)	/ (土)
保護者						
薬の受取職員						
与薬実施職員						
日付	/ (月)	/ (火)	/ (水)	/ (木)	/ (金)	/ (土)
保護者						
薬の受取職員						
与薬実施職員						
日付	/ (月)	/ (火)	/ (水)	/ (木)	/ (金)	/ (土)
保護者						
薬の受取職員						
与薬実施職員						
日付	/ (月)	/ (火)	/ (水)	/ (木)	/ (金)	/ (土)
保護者						
薬の受取職員						
与薬実施職員						