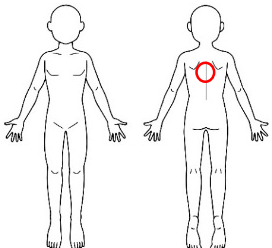


与薬依頼書（保護者記載） p

※薬剤情報提供書（お薬の説明書）も一緒に提出してください（コピー可）。

依頼日	2023 年 5 月 1 日
クラス / 園児名	ほし 組 / 城南 学 (男・女)
生年月日	2022 年 4 月 1 日 / 1歳 1か月
保護者氏名	城南 園子
保護者連絡先	080-1234-5678

病名または症状	風邪
医療機関名	城南病院 電話番号 06 (1234) 5678
処方日 / 処方日数	2023 年 4 月 28 日 / ( 7 )日分
薬品名 (例:カルボシステイン)	アスピリン、ムコソルバン、ホクナリンテープ
薬の種類	粉薬 ( 2 ) 種類 / 錠剤 ( ) 種類 / 水薬 ( ) 種類 塗り薬 ( ) 種類 / 点眼薬 ( ) 種類 貼付薬 ( 1 ) 種類 / その他 ( ) 種類
保管方法	常温 / 冷蔵 / その他 ( )
与薬時間	食前 / 食後 / 食間 その他 ( ) 時頃
与薬場所 (外用薬の場合) ○印をつけてください	

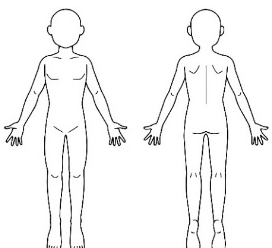
※保育園記入欄

受取者	
与薬者	
与薬時間	:

与薬依頼書（保護者記載）

※薬剤情報提供書（お薬の説明書）も一緒に提出してください（コピー可）。

依頼日	年 月 日
クラス / 園児名	組 / (男・女)
生年月日	年 月 日 / 歳 か月
保護者氏名	
保護者連絡先	

病名または症状	
医療機関名	電話番号 ( )
処方日 / 処方日数	年 月 日 / ( )日分
薬品名 (例:カルボシステイン)	
薬の種類	粉薬 ( ) 種類 / 錠剤 ( ) 種類 / 水薬 ( ) 種類 塗り薬 ( ) 種類 / 点眼薬 ( ) 種類 貼付薬 ( ) 種類 / その他 ( ) 種類
保管方法	常温 / 冷蔵 / その他 ( )
与薬時間	食前 / 食後 / 食間 その他 ( ) 時頃
与薬場所 (外用薬の場合) ○印をつけてください	

※保育園記入欄

受取者	
与薬者	
与薬時間	:

キ  
リ  
ト  
リ