

与薬依頼書（保護者記載）

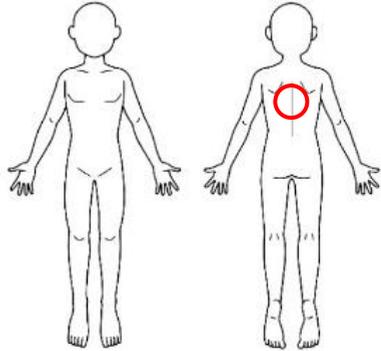
薬は基本的にご家庭で与薬できるよう医師にご相談してください

(例:1日2回朝夕の処方や、与薬時間をずらす等)

困難な場合のみ、薬をお預かりします

※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	2024 年 5 月 1 日
クラス / 園児名	ほし 組 / 城南 学 (男・女)
生年月日	2023 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	2024 年 4 月 28 日 / (7) 日分
薬品名 (例:①アスベリン・カルボシステイン、②ホクナリンテープ)	①メイアクト、ピオフェルミンR ②カルボシステインシロップ ③ホクナリンテープ
薬の数	粉薬 (1) 包 / 錠剤 () 錠 / 水薬 (1) 瓶 塗り薬 () 個 / 点眼薬 () 本 貼付薬 (1) 枚 / その他 () 個
保管方法	常温 / 冷蔵 / その他 ()
与薬時間 与薬場所 (外用薬の場合) ○印をつけてください	食前 / 食後 / 食間 その他 (時頃) 

※保育園記入欄

受取者	
与薬者	
与薬時間	: