

与薬依頼票

園児氏名 _____ 歳 _____ か月 _____ 組 病院・医院 _____ 電話 _____ 主治医名 _____	
*病 名 _____ *必ず記入して下さい。	
くすりの処方された日	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 日分
くすりの剤型と数	粉(1包・2包・3包) / 錠剤(1錠・2錠) / シロップ / 外用薬(1本・2本・3本) 目薬(1本・2本) / その他(_____) ※当日飲む分だけを持参するようにしてください。
くすりの内容	抗生物質 / かぜ薬 / 咳き止め / 下痢止め / 抗アレルギー薬 / 軟膏類 その他(_____)
園で与薬をする日	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 月 _____ 日 _____ 日間
与薬時間	【内服】給食前 _____ 分前、給食後 _____ 分、または _____ 時 _____ 分 【外用薬】塗布時間(_____) 【目薬】(右・左・両眼)に(_____ 時)(_____ 時)
与薬方法	●内服で注意する点 : ●外用薬の塗るところ: