

与薬依頼表 (1日目)

令和 年 月 日

社会福祉法人 光生会
病児保育室 ピーグル忠岡チャイルドスクール 様

依頼主 (保護者)
氏名 : _____ ㊟

次の通り保護者に代わって与薬をお願いします。

児童名	年齢	歳	ヶ月	病院での処方日		保護者記載		保育室記載	
				令和	年 月 日	保護者サイン	受領者サイン	与薬者サイン	与薬者サイン
病名					主治医				
病院名									
月/日	薬の内容	薬の種類	与薬方法	保護者サイン	受領者サイン	与薬者サイン			
/		粉シロップ 他	食前 食後 他						
/		粉シロップ 他	食前 食後 他						
/		粉シロップ 他	食前 食後 他						
/		粉シロップ 他	食前 食後 他						
注意事項 次の事項を必ず守ってください 1. 医療機関からの処方であること。 ※保護者の判断で持参された薬 (市販の薬等) はお預かりできません。 2. 水薬や粉薬等の容器・袋には名前を書き、1回分を持参してください。 3. お薬手帳の控え等、薬の内容がわかるものと一緒に提出してください。									

与薬依頼表 (2日目)

令和 年 月 日

社会福祉法人 光生会
病児保育室 ピーグル忠岡チャイルドスクール 様

依頼主 (保護者)
氏名 : _____ ㊟

次の通り保護者に代わって与薬をお願いします。

児童名	年齢	歳	ヶ月	病院での処方日		保護者記載		保育室記載	
				令和	年 月 日	保護者サイン	受領者サイン	与薬者サイン	与薬者サイン
病名					主治医				
病院名									
月/日	薬の内容	薬の種類	与薬方法	保護者サイン	受領者サイン	与薬者サイン			
/		粉シロップ 他	食前 食後 他						
/		粉シロップ 他	食前 食後 他						
/		粉シロップ 他	食前 食後 他						
/		粉シロップ 他	食前 食後 他						
注意事項 次の事項を必ず守ってください 1. 医療機関からの処方であること。 ※保護者の判断で持参された薬 (市販の薬等) はお預かりできません。 2. 水薬や粉薬等の容器・袋には名前を書き、1回分を持参してください。 3. お薬手帳の控え等、薬の内容がわかるものと一緒に提出してください。									