

# 与薬依頼書

令和 年 月 日

みどり丘こども園園長

保護者名 \_\_\_\_\_ ⑩  
園児名 \_\_\_\_\_ 男・女( 歳 か月)  
連絡先(電話) \_\_\_\_\_

1. 主治医: _____ ( _____ 病院・医院) 連絡先(電話): _____						
2. 病名: _____						
3. 持参したくすり 1) 名称: _____ 2) 使用目的: _____ 3) 剤型: _____ (飲み薬) 散・シロップ (外用薬) 塗り薬・貼り薬・目薬・座薬						
4. 保管 室温・冷蔵庫・その他( _____ )						
5. その他注意事項						
使用日	/	/	/	/	/	/
受領サイン						
保管サイン						
与薬サイン						
使用日	/	/	/	/	/	/
受領サイン						
保管サイン						
与薬サイン						