

与薬依頼票（保護者記入）

年 月 日

依頼者	保護者氏名			
	組・児童氏名	組		
	病 名			
主治医等	病院名称			
	病院電話番号			
	主治医氏名			
症 状（家庭での様子）				
お薬について	(1) お持ち頂いた薬は 年 月 日に処方された 日分のうちの本日分			
	(2) 薬の形状 ・粉 ・シロップ ・外用薬			
	(3) 薬の内容 ・抗生物質 ・風邪薬 ・咳止め ・整腸剤 ・塗り薬 ・目薬 ・その他（ ）			
	(4) 服用する日時 年 月 日 昼食前 ・ 昼食後			
	(5) 注意してほしい事項（服用方法など）			
こ ども 園 記 載 欄				
受領者サイン		園長（主任）サイン		
投与の際のWチェック		投与者	立会者	投与者サイン
対象児を確認したか		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
薬は対象児のもので間違いないか		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
服用方法は確認したか		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
投与時刻（ 月 日 時 分）		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	立会者サイン
与薬後の観察（異常の有無等）				

与薬依頼票（保護者記入）

年 月 日

依頼者	保護者氏名			
	組・児童氏名	組		
	病 名			
主治医等	病院名称			
	病院電話番号			
	主治医氏名			
症 状（家庭での様子）				
お薬について	(1) お持ち頂いた薬は 年 月 日に処方された 日分のうちの本日分			
	(2) 薬の形状 ・粉 ・シロップ ・外用薬			
	(3) 薬の内容 ・抗生物質 ・風邪薬 ・咳止め ・整腸剤 ・塗り薬 ・目薬 ・その他（ ）			
	(4) 服用する日時 年 月 日 昼食前 ・ 昼食後			
	(5) 注意してほしい事項（服用方法など）			
こ ども 園 記 載 欄				
受領者サイン		園長（主任）サイン		
投与の際のWチェック		投与者	立会者	投与者サイン
対象児を確認したか		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
薬は対象児のもので間違いないか		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
服用方法は確認したか		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
投与時刻（ 月 日 時 分）		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	立会者サイン
与薬後の観察（異常の有無等）				