

与薬依頼書

令和 年 月 日

幼保連携型認定こども園
盛岡大学附属幼稚園

_____ 歳児 _____ 園児名 _____

保護者氏名 _____

病院名・薬処方 _____ 令和 年 月 日処方 _____

病名・症状 _____

くすりの依頼期間 _____ 令和 年 月 日 ~ _____ 月 日 まで

くすりの種類・使用方法・時間

のみぐすり	粉・水・その他	食前・食後・食間（ _____ 時頃）
ぬりぐすり	軟膏・その他	ぬる場所（ _____ ） ぬる時間（ _____ ）
その他	点眼・その他	
使用方法、注意事項		

○薬剤情報提供書またはくすりの依頼書の写し(コピー)を添付してください。

受領日	受領者	与薬時間	与薬者	与薬確認者
月 日				
月 日				
月 日				
月 日				
月 日				
月 日				
月 日				
月 日				
月 日				
月 日				

○薬は必ず職員に手渡ししてください。

○のみ薬は一回分を持ってきてください。

○この用紙と薬剤情報提供書またはくすりの依頼書の写し(コピー)は園保管になりますので、職員に戻してください。