

与薬依頼書兼同意書

学校法人さくら学園理事長 殿

医師の指示により保育時間中に与薬が必要となったため、保護者に代わり本児に対する与薬への協力をお願い致します。この投薬で異常な事態が生じても一切の責任は保護者が負います。

依頼日：令和 年 月 日

保護者記入必須

施設名	みどりご園	クラス	組
当事園児	園児氏名		
依頼者	保護者氏名		
診断名		診断日	令和 年 月 日
医療機関	病院名	医師名	医師
	調剤薬局名		
薬品名			
処方日	令和 年 月 日		日間処方
処方期間	令和 年 月 日	～	令和 年 月 日
剤型	水液(シロップ)	散剤(粉)	点眼薬 外用薬 その他()
保管	常温	冷蔵	その他()
留意点			
連絡先	—	—	(氏名 続柄:)

<投薬確認情報>

投薬依頼日・朝の与薬時間保護者記入必須

	/	/	/	/	/
朝の与薬時間	:	:	:	:	:

職員記入欄

受付者サイン				
内服時間	:	:	:	:
投薬者サイン				

	/	/	/	/	/
朝の与薬時間	:	:	:	:	:

職員記入欄

受付者サイン				
内服時間	:	:	:	:
投薬者サイン				