

与薬依頼書

年 月 日

受取人		確認者		与薬者	
クラス		氏名			
診断名					
薬を飲ませる時間	食前 ・ 食後 ・ その他 (時 分)				
薬の種類	粉 () 包 ・ 錠剤 () 錠 ・ 水ぐすり 目薬 ・ 塗り薬 ・ その他 ()				
薬の名前を教えてください					
どこから、いつ、出された薬ですか。			年 月 日処方		
医療機関名			TEL		
保護者氏名					

※太枠の中をご記入下さい

<保護者の方へお願いしたいこと>

- ・薬は一回ずつに分けて、それぞれに名前を書いてください。
- ・必ず職員に手渡ししてください。
- ・市販の薬はお預かりできません。
- ・薬は今回の病気で処方されたもののみ、お預かりします。
- ・薬剤情報提供書を添えてください。

学校法人 清瀬学園
きよせ幼稚園