

与薬申請書

平成 年 月 日

たけのこ保育園長 様

保護者名		④ 園児との続柄 ()	
園児名		生年月日	
住所 みどり市		平成 年 月 日	
電話番号		(歳 ヶ月)	
		性別 男 ・ 女	
病院名		医師名	

別添指示書に基づき保育時間中の与薬を申請いたします。

- ①病 名 _____
- ②与薬期間 平成 年 月 日 ~ 年 月 日
- ③与薬時間 午前・午後 時 分頃 / 食前 ・ 食後
- ④与薬の種類 シロップ ・ 粉 ・ その他 ()
- ⑤1回量の指示 (シロップ ml 、)
- ⑥その他の注意事項 ()

保育園記載	受領者サイン	保管日時	月 日	午前・午後 時 分
	与薬日時	実 施 状 況		与薬者サイン

※塗り薬、目薬、慢性疾患・皮ふ疾患の飲み薬のみお預かりさせていただきます。
 ※急性疾患（風邪・中耳炎等）のお薬はお預かりできません。