

与薬依頼票

保護者記載欄	太線枠にご記入ください
子どもの名前	保護者名 (自署をお願いします)
医療機関名, 医師名 _____ 病・医院 _____ 先生	
(緊急時に連絡がとれるように記載してください) Tel: _____	
病名または症状	
与薬を依頼するくすりの種類と数	
(月 日)	(月 日)
粉 薬: _____ 種 →	_____ 種 →
シロップ: _____ 種 →	_____ 種 →
(保管は 室温・冷蔵)	
外用剤: _____ 種 →	_____ 種 →
外用剤の使用法	
その他の注意事項	

※処方内容に変更がなければ、与薬依頼票の有効期限は原則として処方日から7日以内です。
※処方内容に変更があれば、新規の与薬依頼票をご提出ください。

与薬記録書

保育所記載欄			
月 日	受領者サイン	投与時間	投与者サイン
月 日		時 分	
月 日		時 分	
月 日		時 分	
月 日		時 分	
月 日		時 分	
月 日		時 分	
月 日		時 分	

投薬情報書1 (常用薬用)

保護者記載欄	子どもの名前	予定帰宅時間
		時 分頃

医師記載欄	くすりの内容
	抗生物質 咳止め 下痢止め 整腸剤 外用薬 その他 (_____)
	薬剤情報提供 (あり ・ なし)
	上記の薬を「昼」に 服用 (_____ 日分) , 塗布 するように処方しました
	処方日 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 署名: _____

投薬情報書2 (頓用薬用)

保護者記載欄	子どもの名前	予定帰宅時間
		時 分頃

医師記載欄	くすりの内容
	(_____)
	薬剤情報提供 (あり ・ なし)
	上記の薬を (_____) の時に、 使用するように処方しました
	処方日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 署名: _____

※ 必ず保育所(園)・幼稚園と前もってご相談ください。