与　薬　依　頼　書

小平なみき保育園施設長殿

保護者の代わりに保育園での与薬をお願いします。

令和　　年　　月　　日

園児名　　（平成・令和　　年　　月　　日生）

保護者名　　㊞

（保護者記載）

薬　剤　情　報　書

病名 または 症状	病名： 症状：
主治医 連絡先	主治医： 連絡先（電話）：
薬名 または 薬品名	
与薬方法	内服　・　点眼　・　塗布　・　その他（　　）
与薬時間 の希望	午前　・　午後　・　適宜（　　時　・　　時） 昼食前　・　昼食後 その他（　　）
保管方法	室温　・　冷蔵庫　・　その他（　　）
その他 注意事項	

使用日	／	／	／	／	／	／	／
受領サイン							
保管サイン							
与薬サイン							