

## 与薬依頼書

依頼先 みくに学園  _____ 組	医師の指示がありましたので与薬の依頼をします。  20      年      月      日 (      )  園児氏名 _____ 保護者氏名 _____  <div style="text-align: right; margin-right: 10%;">                     みくに学園 受け取り _____                 </div> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 一般の市販薬は与薬できません。</li> <li>・ 内服薬は種類ごと一回分ずつに（小容器で）。</li> <li>・ 薬の小袋や容器にも園児名と当日の日付を記入して下さい。</li> </ul>
--------------------------	--

## 与薬依頼書

※ 該当するところを○で囲んでください。 園児氏名 \_\_\_\_\_

病院名（医師名）					
病名・症状					
服用期間	20      年      月      日      ~      月      日      (      日間)				
薬の内容	咳止め      鼻水・鼻づまり      整腸剤      抗生物質      抗アレルギー薬      その他 (      )				
薬の種類	①	内服薬 1	(粉・シロップ・錠剤)	食 (前・間・後)	症状が出た時
	②	内服薬 2	(粉・シロップ・錠剤)	食 (前・間・後)	症状が出た時
(短期・	③	塗り薬	回数 (      回)	症状が出た時	患部 (      )
長期)	④	点眼薬	回数 (      回)	症状が出た時	患部 ( 右      ・      左 )
備考 (飲み方、塗り方等)					