薬の服薬依頼書

依頼日 平成　　年　　月　　日

「服薬依頼書について」（別途書類記載）の内容に同意し、塩部幼稚園に薬の服薬を依頼します。

保護者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ ㊞

園児名		クラス		年齢	
病名		医療機関名	担当医師名		
薬の種類	☐ 風邪　☐ 腹痛　☐ 下痢　☐ 胃腸 ☐ 目薬　☐ 耳鼻　☐ アレルギー　☐ 皮膚外用薬 ☐ その他(　　)				

① 持参した薬は＿＿年＿＿月＿＿日に処方された＿＿日分のうちの１回分です。
服用期間＿＿年＿＿月＿＿日(＿＿曜日)から＿＿年＿＿月＿＿日(＿曜日)まで

② 薬品名(例:ビオスリー、フロモックス等袋に記載されているお薬の名前をお書き下さい)

③ 外用薬などの使用法・注意事項(「手洗い後」「おむつ交換後」「1 日２回まで」など)

④ 服用時間　☐食前　☐食後　☐食間　☐午睡後

◎ 医師が処方した薬のみ服用させます。
◎ 市販の薬はお預かりできません。
◎ 薬は１回分ずつ持参してください。
◎ お預かりする薬は、今回の症状で処方されたものに限ります。

薬剤情報提供書添付欄

薬剤情報提供書添付欄(「お薬の説明書」等のコピーを添付してください)

※薬剤情報提供書類が無い場合、服薬をお受けできません。