与　薬　依　頼　票

保護者記載欄

子どもの名前	保護者名（自署でお願いします）

医療機関＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　医師＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿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等

粉薬：＿＿＿＿＿＿＿＿種類

シロップ：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿種類　（保管：室温：冷蔵）

外用剤：＿＿＿＿＿＿＿＿種類　（使用方法：　　）

その他注意事項

※　与薬依頼票の有効期限は処方日から原則として７日以内です。処方に変更があれば、新規の与薬依頼票を提出してください。

与　薬　記　録　書

保育園記載用

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	
月　　日		時　　分	

投薬情報書１（常備薬用）

保護者記載欄

子どもの名前	帰宅予定時間 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」・「午後おやつ後」に　服用（　　日分）・塗布　するように処方しました

処方日　平成　　年　　月　　日　　署名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

投薬情報書２（頓服薬用）

保護者記載欄

子どもの名前	帰宅予定時間 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、

使用するよう処方しました

処方日　平成　　年　　月　　日　　署名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※　必ず保育園と前もってご相談ください。