

与薬依頼票(内服薬用)

平成 年 月 日

※ 下欄に保護者の署名捺印がない場合は与薬できませんのでご了承ください。

クラス		園児名	
病院名	医院・病院 電話 []		
病名 (症状)			
薬	・[]種類		・与薬時間[]
	・服用する期間 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日		
注意事項	1 幼稚園で使用する薬剤等は医師から処方されたものに限りませう。		
	2 薬剤等の瓶や包みにも必ずクラス、氏名を記入して下さい。		
	3 与薬依頼票に記入が無い場合、使用方法がはっきりしない薬や医師の処方箋がない薬は与薬できません。		
	4 保護者の同意の印がない場合は与薬できません。		

指示通りに与薬した場合の責任は保護者にあり、幼稚園に責任は問わないことに同意します。

保護者氏名

Ⓔ

蒲 幼 稚 園

