

境町病児保育事業与薬依頼書

保護者に代わり下記薬剤の内服を依頼します。

児童氏名 _____ 保護者氏名 _____ 印

処方年月日	令和 年 月 日
処方薬名	①薬名前 () ②薬名前 () ③薬名前 ()
与薬時間	①食前 食後 その他 () ②食前 食後 その他 () ③食前 食後 その他 ()
服用方法	<input type="checkbox"/> 白湯に溶かして服用する <input type="checkbox"/> そのまま口に入れ服用する その他 ()

1. 過剰投与や過少投与などの事故防止のため、処方された薬（シロップも含む）は、1回分に
分けて持参してください。
2. 全ての処方薬に名前を記入してください。

(下記は病児保育室で記入します)

薬剤名	服用時間	実施者サイン
①処方薬	時 分	
②処方薬	時 分	
③処方薬	時 分	