

与薬依頼書（保護者記載用）

年 月 日

横浜小谷かなりや保育園 保育所長〈施設長〉様

保護者 _____ 印
園児名 _____ 男・女（ 歳 か月）
連絡先（電話） _____

1. 主治医： _____（ _____ 病院・医院） 連絡先（電話）： _____						
2. 病名： _____						
3. 持参した薬 1) 薬品名： _____ 2) 剤型： _____ 飲み薬： 散（粉薬） ・ シロップ ・ 錠 外用薬： 塗り薬 ・ 座薬 ・ その他（ _____ ） 3) 使用方法（いつ、何時に、どんなときに、など、具体的に書いてください） _____						
4. 保管 室温 ・ 冷蔵庫 ・ その他（ _____ ）						
5. その他の注意事項 _____						
使 用 日	／	／	／	／	／	／
受領サイン						
保管サイン						
与薬サイン						
使 用 日	／	／	／	／	／	／
受領サイン						
保管サイン						
与薬サイン						

注：使用日以下は保育所で記入

使 用 日	/	/	/	/	/	/
受領サイン						
保管サイン						
与薬サイン						
使 用 日	/	/	/	/	/	/
受領サイン						
保管サイン						
与薬サイン						
使 用 日	/	/	/	/	/	/
受領サイン						
保管サイン						
与薬サイン						
使 用 日	/	/	/	/	/	/
受領サイン						
保管サイン						
与薬サイン						
使 用 日	/	/	/	/	/	/
受領サイン						
保管サイン						
与薬サイン						
使 用 日	/	/	/	/	/	/
受領サイン						
保管サイン						
与薬サイン						
使 用 日	/	/	/	/	/	/
受領サイン						
保管サイン						
与薬サイン						
使 用 日	/	/	/	/	/	/
受領サイン						
保管サイン						
与薬サイン						
使 用 日	/	/	/	/	/	/
受領サイン						
保管サイン						
与薬サイン						

使 用 日	/	/	/	/	/	/
受領サイン						
保管サイン						
与薬サイン						
使 用 日	/	/	/	/	/	/
受領サイン						
保管サイン						
与薬サイン						
使 用 日	/	/	/	/	/	/
受領サイン						
保管サイン						
与薬サイン						
使 用 日	/	/	/	/	/	/
受領サイン						
保管サイン						
与薬サイン						
使 用 日	/	/	/	/	/	/
受領サイン						
保管サイン						
与薬サイン						
使 用 日	/	/	/	/	/	/
受領サイン						
保管サイン						
与薬サイン						
使 用 日	/	/	/	/	/	/
受領サイン						
保管サイン						
与薬サイン						
使 用 日	/	/	/	/	/	/
受領サイン						
保管サイン						
与薬サイン						
使 用 日	/	/	/	/	/	/
受領サイン						
保管サイン						
与薬サイン						