

与薬依頼書

フィオーレ・モンテッソーリ・インターナショナル 園長

医師の指示により、やむを得ず保育時間中における与薬が必要となったため、保護者の責任において、スクールでの与薬を行っていただきたく依頼いたします。

依頼日 平成 年 月 日

園児名 _____ 保護者名 _____

医療機関名 (担当医師名)	(電話 _____)	
病名		
薬の種類	投与方法(用法・用量等)	処方された日
塗り薬①	回数 _____ 回(時間 _____) 患部 (_____)	月 日
塗り薬②	回数 _____ 回(時間 _____) 患部 (_____)	月 日
		月 日

【注意事項】薬の容器や袋には、必ず園児名を記載するとともに、複数ある場合には、それぞれ①,②と記載してください。

処理欄	受付者		与薬者		与薬時間	:
-----	-----	--	-----	--	------	---