令和　　年　　月　　日

玉川学園高野公園保育園施設長　宛

薬　の　依　頼　書

申込者　住　　所
氏　　名
対象児童との続柄

次のとおり、玉川学園高野公園保育園での与薬の実施を依頼します。なお、実施に当たって付される条件等について遵守します。

対象児童	ふりがな 氏　名		年　　月　　日生（　　歳）	
			性別	
病院名	病院（医院）			
病名 または症状				
処方年月日	年　　月　　日			
薬の種類	□細粒　□シロップ　□軟膏剤（ステロイド　有・無） □坐薬　□その他（　　）			
与薬時間	□食前　□食後　□その他（　　）			
外用薬使用方法				

※記入漏れがある場合は、与薬することが出来ませんので、ご注意ください。

※飲み薬は、１回分に小分けしたものを御持参ください。

※薬の袋や容器には、必ずクラス名と児童名を御記入ください。

日付	/　(月)	/　(火)	/　(水)	/　(木)	/　(金)	/　(土)
保護者						
薬の受取職員						
与薬実施職員						
日付	/　(月)	/　(火)	/　(水)	/　(木)	/　(金)	/　(土)
保護者						
薬の受取職員						
与薬実施職員						
日付	/　(月)	/　(火)	/　(水)	/　(木)	/　(金)	/　(土)
保護者						
薬の受取職員						
与薬実施職員						
日付	/　(月)	/　(火)	/　(水)	/　(木)	/　(金)	/　(土)
保護者						
薬の受取職員						
与薬実施職員						