与　薬　依　頼　票

太線枠にご記入ください。

保護者記載欄

子どもの名前	保護者名（自署でお願いします）

医療機関名、医師名 ＿＿＿＿＿＿＿＿病・医院 ＿＿＿＿＿＿＿＿先生
（緊急時に連絡がとれるよう記載してください） TEL：

病名または症状

与薬を依頼するくすりの種類と数

（　月　日）　（　月　日）　（　月　日）

粉薬：　＿＿＿種 → ＿＿＿種 → ＿＿＿種
シロップ：　＿＿＿種 → ＿＿＿種 → ＿＿＿種
（保管は　室温・冷蔵　）
外用剤：　＿＿＿種 → ＿＿＿種 → ＿＿＿種

外用剤の使用法

その他の注意事項

※処方内容に変更がなければ、与薬依頼票有効期限は原則として処方日から７日以内です。
※処方内容に変更があれば、新規の与薬依頼表をご提出ください。

与　薬　記　録　書

保育所記載欄

月　日	受領者サイン	投与時間	投与者サイン
月　日		時　分	
月　日		時　分	
月　日		時　分	
月　日		時　分	
月　日		時　分	
月　日		時　分	
月　日		時　分	