

登録番号は記入不要です。

登録番号	
------	--

与薬依頼書

別紙の薬剤情報提供書の写しのとおり、保護者に代わって与薬をお願いします。

尾花沢市長 殿

令和 年 月 日

利用児童氏名

依頼者(保護者)氏名

薬剤情報提供書(薬局等から受け取った薬の説明書)の写しを添付してください。

飲み薬は1回分ずつに分けて、容器や小袋に名前を書いてお持ちください。

解熱剤(座薬及び内服)はお預かりすることができませんのでご了承ください。

お薬についてお書きください。

朝の服用時間 時 分

薬剤名	薬の種類	服用時間	与薬者サイン
	飲み薬(水薬・粉薬・錠剤) 塗り薬 貼り薬	昼食前 昼食後 時間指定(:)	
	飲み薬(水薬・粉薬・錠剤) 塗り薬 貼り薬	昼食前 昼食後 時間指定(:)	
	飲み薬(水薬・粉薬・錠剤) 塗り薬 貼り薬	昼食前 昼食後 時間指定(:)	
	飲み薬(水薬・粉薬・錠剤) 塗り薬 貼り薬	昼食前 昼食後 時間指定(:)	

受領者

きりとり線

尾花沢市病児保育事業

さんの保護者様へ

お預かりしたお薬は、下記のとおり与薬しました。

薬剤名	投薬時刻	投薬時刻
	午前・午後 時 分	午前・午後 時 分
	午前・午後 時 分	午前・午後 時 分
	午前・午後 時 分	午前・午後 時 分
	午前・午後 時 分	午前・午後 時 分

令和 年 月 日

与薬者
