与 薬 依 頼 書（慢性疾患用）

依頼年月日　令和　　年　　月

組	児童名	保護者名

処方を受けた医療機関名	（医師名：　　）	医療機関の電話番号	
病　　名	主な症状（　　）		
内 服 薬	① 粉 水 錠剤（食前 食後 その他　　）　② 粉 水 錠剤（食前 食後 その他　　） ③ 粉 水 錠剤（食前 食後 その他　　）　④ 粉 水 錠剤（食前 食後 その他　　） **※乳児の場合は、おおよその時間をその他に記入してください。**		
外 用 薬（軟膏薬）	患部　　時間		
点 眼 薬	① 回数　　回　　時間　　② 回数　　回　　時間 患部　　（右目・左目）　　患部　　（右目・左目）		
今回の薬を与える期間	月　日　～　月　日	備　考	

1 慢性疾患（心臓疾患、喘息、アレルギー、アトピー性皮膚炎など）で与薬が必要となる場合は、初回に医師の投薬指示書の提出が必要になることがあるので事前に保育園にご相談ください。
2 薬の袋や容器に、与薬日、クラス名、名前、服用時間を記入してください。
医療機関が複数の場合には、医療機関名も記入してください。
3 内服薬が複数の場合には、それぞれ① ② ③ ④ と記入してください。

与 薬 依 頼 書（慢性疾患用）

依頼年月日　令和　　年　　月

組	児童名	保護者名

処方を受けた医療機関名	（医師名：　　）	医療機関の電話番号	
病　　名	主な症状（　　）		
内 服 薬	① 粉 水 錠剤（食前 食後 その他　　）　② 粉 水 錠剤（食前 食後 その他　　） ③ 粉 水 錠剤（食前 食後 その他　　）　④ 粉 水 錠剤（食前 食後 その他　　） **※乳児の場合は、おおよその時間をその他に記入してください。**		
外 用 薬（軟膏薬）	患部　　時間		
点 眼 薬	① 回数　　回　　時間　　② 回数　　回　　時間 患部　　（右目・左目）　　患部　　（右目・左目）		
今回の薬を与える期間	月　日　～　月　日	備　考	

1 慢性疾患（心臓疾患、喘息、アレルギー、アトピー性皮膚炎など）で与薬が必要となる場合は、初回に医師の投薬指示書の提出が必要になることがあるので事前に保育園にご相談ください。
2 薬の袋や容器に、与薬日、クラス名、名前、服用時間を記入してください。
医療機関が複数の場合には、医療機関名も記入してください。
3 内服薬が複数の場合には、それぞれ① ② ③ ④ と記入してください。

（慢性疾患用）

児童名

与薬依頼日	受理者	与薬者	連絡先	与薬依頼日	受理者	与薬者	連絡先
月　日				月　日			
月　日				月　日			
月　日				月　日			
月　日				月　日			
月　日				月　日			
月　日				月　日			
月　日				月　日			
月　日				月　日			
月　日				月　日			
月　日				月　日			
月　日				月　日			
月　日				月　日			
月　日				月　日			
月　日				月　日			
月　日				月　日			

（慢性疾患用）

児童名

与薬依頼日	受理者	与薬者	連絡先	与薬依頼日	受理者	与薬者	連絡先
月　日				月　日			
月　日				月　日			
月　日				月　日			
月　日				月　日			
月　日				月　日			
月　日				月　日			
月　日				月　日			
月　日				月　日			
月　日				月　日			
月　日				月　日			
月　日				月　日			
月　日				月　日			
月　日				月　日			
月　日				月　日			
月　日				月　日			