

与薬依頼書（短期・長期）

幼稚園型認定こども園

松原ひかり幼稚園

依頼日	令和	年	月	日			
依頼者	保護者氏名		子どもクラス		子ども名		
医療機関（病院・クリニック名）				医療機関電話番号			
担当医師名							
病名（または症状名）							
①	病院での処方期間は		年	月	日	～	月 日 日まで
②	保管は 室温・冷蔵庫・その他（ ）						
③	くすりの剤型（該当するものに○） 粉・液（シロップ）・外用薬・坐薬・目薬・その他（ ）						
④	くすりの内容（該当するものに○） 抗生物質・解熱薬・アレルギー薬・咳止め・かぜくすり・外用薬（ ） くすりの名前						

【内服薬】							
園でくすりを使用する期間		令和	年	月	日	～	月 日 日まで
服用方法（該当に○）		そのまま・水で溶く					
内服時間（該当に○）		食事前・食事中・食後					
【塗り薬】							
園で塗る期間		令和	年	月	日	～	月 日 日まで
塗る場所（該当に○）		全身・上肢（右・左）・下肢（右・左） その他					
塗る時間帯							
【点眼薬】							
園で点眼する期間		令和	年	月	日	～	月 日 日まで
点眼する目（該当に○）		右目	左目	両目			
点眼する時間帯							

園記載欄	月 日						確認印
	受領者						
	与薬者						
	月日						備考欄
	受領者						
	与薬者						

※くすりの依頼書とくすりの内容がわかる処方箋を一緒に提出お願いします！

※くすりはできるだけ自宅にて内服してください。

※依頼書がない場合は内服できません!!事故防止のためご協力お願いします。