

高蔵幼稚園 園長 様

## 与薬依頼票

幼児名		クラス名	組
疾病名			
受診医療機関名			
初診日	平成	年	月 日
間近の受診日	平成	年	月 日
薬品名			
与薬量	錠 袋 cc 適量 その他 ( )	錠 袋 cc 適量 その他 ( )	
与薬希望日	月 日	月 日	
与薬時期	食後 その他 ( )	食後 その他 ( )	
幼児の様子 (機嫌や熱など) その他	良い ・ 普通 ・ 悪い 熱 . °C ( 時 分測定)		

以上の内容により、与薬を依頼いたします。なお、与薬によって生じた事態については、すべて保護者の私の責任に帰属するものです。

平成 年 月 日

住 所 \_\_\_\_\_

保護者名 \_\_\_\_\_

印

※以下は園で記入します。

受領者サイン	投与者サイン / 時刻
	/ :

※この用紙は印刷・コピーしてご使用ください。