

与薬依頼書

令和 年 月 日

依頼者 保護者名 児童名	連絡先 TEL 事業所 ( ぼの・KIDS・Base・Grow・Challenge)
病院名・主治医	
病名及び症状	
①持参した薬は	年 月 日に処方されたものです
②保管は	常温 ・ 冷蔵庫 ・ その他( )
③薬の種類は	粉 ・ 液体(シロップ) ・ 外用薬 ・ その他( )
④薬の内容	抗生物質 ・ 解熱剤 ・ 咳止め ・ 下痢止め ・ 風邪薬 ・ その他( )
⑤使用する時間	昼食の前 昼食の後 その他具体的に( )
⑥その他注意事項	
事業所記入	受領者サイン 投与者サイン 投与時間 月 日 午前・午後 時 分 有限会社 どれみ

※1回分のみ持参してください。  
 ※市販の薬は投薬後にアレルギー症状等が出た場合に、事業所での責任が取れませんので、出来る限りお控えください。  
 ※与薬する薬はご家庭などで一回以上投薬しているものをご持参ください。

与薬依頼書

令和 年 月 日

依頼者 保護者名 児童名	連絡先 TEL 事業所 ( ぼの・KIDS・Base・Grow・Challenge)
病院名・主治医	
病名及び症状	
①持参した薬は	年 月 日に処方されたものです
②保管は	常温 ・ 冷蔵庫 ・ その他( )
③薬の種類は	粉 ・ 液体(シロップ) ・ 外用薬 ・ その他( )
④薬の内容	抗生物質 ・ 解熱剤 ・ 咳止め ・ 下痢止め ・ 風邪薬 ・ その他( )
⑤使用する時間	昼食の前 昼食の後 その他具体的に( )
⑥その他注意事項	
事業所記入	受領者サイン 投与者サイン 投与時間 月 日 午前・午後 時 分 有限会社 どれみ

※1回分のみ持参してください。  
 ※市販の薬は投薬後にアレルギー症状等が出た場合に、事業所での責任が取れませんので、出来る限りお控えください。  
 ※与薬する薬はご家庭などで一回以上投薬しているものをご持参ください。