

与薬依頼書

東久留米市立 ひばり保育園園長 殿

園児名		クラス	平成	年	月	日生
-----	--	-----	----	---	---	----

保育時間内での与薬をお願いします

保護者名 印 令和 年 月 日

主治医の先生へ

与薬について下記指示書にご記入をお願いします

東久留米市立 ひばり保育園

与薬指示書

病名

薬剤名及び作用

園で服薬が必要な理由

剤形及び服薬量

1回 散薬 坐薬（抗ケイレン剤）
包 その他（ ）

与薬時間

昼食後 ・ 15時頃

期間

令和 年 月 日 からおおよそ 日間ぐらい（最長6ヶ月まで）

特記事項

医療機関名及び所在地

令和 年 月 日

TEL

医師名