

様式第4号（第7条関係）

西会津町病後児保育事業与薬依頼書（保護者記入用）

依頼日 年 月 日

主治医と相談の結果、医師の指示により、西会津町病後児保育事業での保育時間における与薬が必要となりました。ついては、保護者の責任において、与薬の依頼をします。

保護者名

ふりがな 児童氏名	生年 月日	年 月 日 (歳 か月) 組
病名（又は症状）		
病院名	病院名 医師名	電話番号
処方された日 年 月 日 保管方法： 室温 ・ 冷蔵庫 ・ その他（ ）		
保 育 室 で 服 用 す る 薬	【薬の種類（1回分）】 粉末（ 包）・シロップ（ ml）・錠剤（ 個）、その他（ ） 外用薬（塗布・点眼・点鼻）	
	【薬の内容】 抗生物質・せき止め・鼻水止め・下痢止め・整腸剤・吐き気止め その他（ ）	
	【与薬時間】 食前・食後・その他（ ）	
与薬方法（お子さんの具体的な飲ませ方や塗り方があればご記入ください）		

受付者	与薬者	与薬時間

- ※ 薬は、利用日ごとに与薬する分だけ持参してください。
- ※ 薬の容器や袋には必ずお子さんのお名前を記入してください
- ※ 薬剤情報提供書を添付して提出してください。
- ※ 市販の薬は、お預かりできません。