

与 薬 依 頼 書			
保育園・幼稚園園長 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	平成 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。

保育園・幼稚園

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 回に 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	平成 年 月 日からおおよそ 日間くらい（最長 6 カ月まで）
特記事項	
医療機関名及び所在地	平成 年 月 日 TEL
医師名	