

## 与薬依頼票

太枠内を記入し、1回分の薬と「与薬依頼票」を柄なしチャック付ビニール袋（中身を確認しやすいもの）に入れ、職員に手渡ししてください。

20 年 月 日 ( )

クラス・児童名	組		
病名・症状			医師の確認
受診機関名			月 日
医師名			保育時間中の 与薬の必要性
1回分ですか	はい ・ いいえ		
服用時間	食前 食間 食後 その他 ( 時頃)		
薬の種類 薬・チャック付 ビニール袋に記名	液薬 粉薬 目薬 塗り薬 その他 ( )		
受領者サイン	依頼票と薬の記名確認 <input type="checkbox"/>		
与薬者サイン	依頼票と薬の記名確認 <input type="checkbox"/>		
与薬時間	午前・午後 時 分		
児童名	きりとりせん		
受領者サイン			
与薬者サイン			
与薬時間	20 年 月 日 午前・午後 時 分		

## 与薬依頼票

太枠内を記入し、1回分の薬と「与薬依頼票」を柄なしチャック付ビニール袋（中身を確認しやすいもの）に入れ、職員に手渡ししてください。

20 年 月 日 ( )

クラス・児童名	組		
病名・症状			医師の確認
受診機関名			月 日
医師名			保育時間中の 与薬の必要性
1回分ですか	はい ・ いいえ		
服用時間	食前 食間 食後 その他 ( 時頃)		
薬の種類 薬・チャック付 ビニール袋に記名	液薬 粉薬 目薬 塗り薬 その他 ( )		
受領者サイン	依頼票と薬の記名確認 <input type="checkbox"/>		
与薬者サイン	依頼票と薬の記名確認 <input type="checkbox"/>		
与薬時間	午前・午後 時 分		
児童名	きりとりせん		
受領者サイン			
与薬者サイン			
与薬時間	20 年 月 日 午前・午後 時 分		

## 与薬依頼票

太枠内を記入し、1回分の薬と「与薬依頼票」を柄なしチャック付ビニール袋（中身を確認しやすいもの）に入れ、職員に手渡ししてください。

20 年 月 日 ( )

クラス・児童名	組		
病名・症状			医師の確認
受診機関名			月 日
医師名			保育時間中の 与薬の必要性
1回分ですか	はい ・ いいえ		
服用時間	食前 食間 食後 その他 ( 時頃)		
薬の種類 薬・チャック付 ビニール袋に記	液薬 粉薬 目薬 塗り薬 その他 ( )		
受領者サイン	依頼票と薬の記名確認 <input type="checkbox"/>		
与薬者サイン	依頼票と薬の記名確認 <input type="checkbox"/>		
与薬時間	午前・午後 時 分		
児童名	きりとりせん		
受領者サイン			
与薬者サイン			
与薬時間	20 年 月 日 午前・午後 時 分		

## 与薬依頼票

太枠内を記入し、1回分の薬と「与薬依頼票」を柄なしチャック付ビニール袋（中身を確認しやすいもの）に入れ、職員に手渡ししてください。

20 年 月 日 ( )

クラス・児童名	組		
病名・症状			医師の確認
受診機関名			月 日
医師名			保育時間中の 与薬の必要性
1回分ですか	はい ・ いいえ		
服用時間	食前 食間 食後 その他 ( 時頃)		
薬の種類 薬・チャック付 ビニール袋に記名	液薬 粉薬 目薬 塗り薬 その他 ( )		
受領者サイン	依頼票と薬の記名確認 <input type="checkbox"/>		
与薬者サイン	依頼票と薬の記名確認 <input type="checkbox"/>		
与薬時間	午前・午後 時 分		
児童名	きりとりせん		
受領者サイン			
与薬者サイン			
与薬時間	20 年 月 日 午前・午後 時 分		