別表７　　与薬依頼票　　（保護者記載用）

昨日と同じくすりの方は保護者氏名、児童氏名、㊞だけでＯＫです。

はじめてのくすり・昨日と同じくすり	令和　　年　　月　　日
依頼先：城西こども園　宛	
依頼者：保護者氏名　　㊞　　連絡先 児童氏名　　男・女	
主治医：　　電話 （　　病院・医院）ＦＡＸ	
病名（又は症状）：	
①、保管は、　室温・冷蔵庫・その他（　　） ②、くすりの剤形： 粉・液（シロップ）・外用薬・その他（　　） ③、くすりの内容： 抗生物質・解熱剤・咳止め・下痢止め・かぜ薬・ 外用薬（　　）	
調剤内容：	
⑤、使用する日時： 食事（おやつ）の　　分前・　　分後 その他具体的に（　　）	
⑥、外用薬などの使用法：	
⑦、その他の注意事項： 薬剤情報提供書　あり・なし	

園記載	受領者：	保管時刻：　月　日　時　分
	投与者：	投与時刻：　月　日　時　分
	実施状況など：	