

(例) 内服介助依頼書

日新こども園

抜けやすいです

依頼日：2019年 4月 8日

保護者名： 日新 太郎

下記のとおり医師の処方を受けましたので、薬を与えてください。

クラス：	ひよこ	園児名：	日新 花子
受診医院	日新こども医院		
(医師)名：	宮崎 市子 先生	TEL：	1234-56-7890
病名(又は症状)	咳、鼻水	(受診されたら病名の確認を医師にしてください)	
処方年月日	(例) 2019/4/6 5日間		
薬の種類	(例) アスペリン散10%      ペリアクチン散1% カルボシステインDS 50%「カカ」		
薬の内容	(例) せきを抑える薬 鼻症状、皮膚のかゆみを抑える薬 痰をだしやすくする		
使用する日時	(例) 4月8日～4月10日		
注意事項	(例) 自宅では少量の水に溶かして、スポイドを使用し内服しています		
日付	4/8	/	/
朝内服時間	7時30分		
受取サイン			
介助者の確認サイン	お忘れなく！その日の内服終了していることを確認していただくサインです		
昼内服時間			
保護者サイン	日新		
ご記入の上職員に薬剤情報提供書と一緒に1回分をお渡しく下さい。			

内服介助依頼書

日新こども園

依頼日： 年 月 日

保護者名：

下記のとおり医師の処方を受けましたので、薬を与えてください。

クラス：		園児名：	
受診医院			
(医師)名：		TEL	
病名(又は症状)			
処方年月日			
薬の種類			
薬の内容			
使用する日時			
注意事項			
日付	/	/	/
時間			
確認サイン			
確認サイン			
昼内服時間			
保護者サイン			
ご記入の上職員に薬剤情報提供書と一緒に1回分をお渡しく下さい。			