

与薬 依頼書（保護者記載用）

記入日 年 月 日

依頼先		めばえ児童クラブ	
児童名		今朝の体温 ℃	
保護者名	サイン	緊急連絡先	
医療機関名		電話番号	
病名及び症状			
薬の名称（情報提供書 または、お薬手帳等の情報記入 又は コピー）			
処方期間		年 月 日 ～ 日	
薬の剤型 ・シロップ ・粉 ・粒 ・軟膏 ・点眼薬 ・その他（ ）			
与薬の日時		年 月 日 ～ 月 日まで	
食前 ・ 食後		（どちらかに○）	
その他注意事項（ ）			
外用薬使用方法 （具体的に記入）			
※保護者に代わって与薬をお願いします。 薬によるトラブルについては、クラブ及び与薬者に責任を問うことはありません。			
受領者サイン	お薬預かり日時	年	月 日
与薬者サイン	与薬時間	月 日	時 分
※記入漏れがある場合は、お預かりできませんのでご注意ください。 内服薬、シロップは1回分の量をお持ちください。 内服薬、軟膏、シロップの容器には必ず記名をお願いします。			