

与薬依頼書

日付： 年 月 日

児童氏名： 年齢： 歳 ヶ月 体重： kg

別紙の薬剤情報提供書、またはお薬手帳の控えの通り、保護者に代わって与薬をお願いします。

解熱剤（粉薬・座薬）は ℃以上（ ）時間あけての使用をお願いします。

※連日使用する場合はこの通りとします。

薬の変更などがある場合は職員にお声掛けください。

保護者 氏 名： 続柄（ ）