年　　月　　日

与薬のお願い

施設名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

児童名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　　生年月日　　年　　月　　日生

1. 病名 ：
2. 薬の名称 ：
3. 薬の種類 ：　　座薬　・　その他(　　)
4. 薬の処方日 ：　　年　　月　　日 薬を預かる期間 ：　　年　　月　　日 ～　　年　　月　　日まで
5. 保管 ：　　室温 ・ 冷蔵庫 ・ その他(　　)
6. 与薬のタイミング及び方法
上記のとおり医師より指示がありましたので、保育施設での対応を依頼します。 保護者名＿＿＿＿＿＿＿＿

※以下は与薬した際に記入いたします

与薬日時　　年　　月　　日　　：	与薬者:	検温時間　　：　　体温　　℃	保護者確認
備考			

福島市幼保支援課(R7.4)

年　　月　　日

与薬のお願い

施設名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

児童名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　　生年月日　　年　　月　　日生

1. 病名 ：
2. 薬の名称 ：
3. 薬の種類 ：　　座薬　・　その他(　　)
4. 薬の処方日 ：　　年　　月　　日 薬を預かる期間 ：　　年　　月　　日 ～　　年　　月　　日まで
5. 保管 ：　　室温 ・ 冷蔵庫 ・ その他(　　)
6. 与薬のタイミング及び方法
上記のとおり医師より指示がありましたので、保育施設での対応を依頼します。 保護者名＿＿＿＿＿＿＿＿

※以下は与薬した際に記入いたします

与薬日時　　年　　月　　日　　：	与薬者:	検温時間　　：　　体温　　℃	保護者確認
備考			

福島市幼保支援課(R7.4)