

与薬依頼書

令和 年 月 日

中条中央病院どんぐり園施設長 様

医師の指示により、やむを得ず中条中央病院どんぐり園を利用している時間内において、
与薬が必要となりました。

つきましては、保護者の責任において保護者に代わって中条中央病院どんぐり園で下記
利用児童に対する与薬を行っていただきたく依頼します。

利用児童名： _____

保護者名： _____ (印)

(署名又は記名押印)

注)「中条中央病院どんぐり園」での与薬について

- 1 与薬しなければならない薬(中条中央病院どんぐり園の利用に当たり受診をしたこと
により医師から処方されたものに限ります。)がある場合は、「薬」と「お薬手帳」又は
「薬剤情報提供書」を必ずご持参ください。
- 2 薬をご持参いただく場合は、薬の容器又は袋に必ずフルネームで記名をいただくとと
もに、1回服役ごとに分けてご持参ください。

中条中央病院どんぐり園記載欄 (保護者は記載しないでください。)

与薬受領者サイン： _____

与薬時間	与薬者	薬の内容
：		
：		
：		