

与薬依頼書

年 月 日

株式会社ポピンズエデュケア
ポピンズルーム杏林 御中

ポピンズルーム杏林に於ける「与薬のルール」について承諾の上、保護者の代行として与薬をお願いします。なお、このことについてポピンズルーム杏林には一切の責任を問いません。

お子さま氏名 _____

保護者様氏名 _____

月／日	与薬時間	薬品名	量	受領サイン	担当サイン	備考
／	食前 ・ 食後 食間 時頃					
／	食前 ・ 食後 食間 時頃					
／	食前 ・ 食後 食間 時頃					
／						
／						
／						

< 与薬ルール >

- * 医師の処方によるお薬のみを1日1回分、お預かりして保護者の皆さまに代わり与薬します。
- * 上記、必要事項が記入されていない場合は、与薬ができませんのでご記入ください。
- * 薬名は薬剤情報提供書の通り正しくご記入ください。薬剤情報提供書と同じでない場合は、与薬ができません。
- * 持参するお薬(袋・容器)には必ずお子さまの氏名をはっきりとお書き下さい。
「与薬依頼書」・「薬剤情報提供書」・「与薬するお薬」の3点が揃っていない場合はお薬をお預かりすることができませんので、ご承知ください。